التربية الخاصة للأطفال المعاقين بمراكز التدخل المبكر

الدكتور

طارق حسن صديق سلطان

دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع



إهداء

إلى كـل الذين لا تحـلو لهم الحياة

إلا إذا أشرقت البسمة في شفاه جميع الأطفال

الفهرس

الفهرس

مقدمة

إن الاهتمام بالتربية الخاصة للأطفال المعاقين في مرحلة الطفولة المبكرة وبما يعرف على نطاق واسع بالتدخل المبكر أصبح من السمات المميزة لأي مجتمع متحضر يهتم بأبنائه المعاقين من صغار الأطفال، ولما كانت المجتمعات تستند على مؤسساتها وأنظمتها التربوية في تحقيق آمالها المتعلقة بتنشئة ورعاية هؤلاء الأطفال، لذا كان لابد أن تقوم إحدى مؤسسات المجتمع بهذا الدور، ولكن نظرًا لحداثة مجال التربية الخاصة للأطفال المعاقين في مرحلة الطفولة المبكرة وتعدد جوانبه لم تجد المجتمعات ضمن مؤسساتها القائمة المؤسسة التي تستطيع أن تضطلع بهذا الدور، فقامت باستحداث مؤسسة قادرة على تقديم هذا النوع من الخدمات الشاملة والمتكاملة فكان ما يطلق عليه الآن مراكز التدخل المبكر .

ونظرًا لأن مركز التدخل المبكر مؤسسة استحدثها المجتمع لتنشئة الأطفال المعاقين ، جاء هذا الكتاب لتسليط الضوء على هذه المؤسسة، في محاولة للارتقاء بدورها في التربية الخاصة للأطفال المعاقين ، ولتطويرها والتوسع فيها.

فقد جاء الفصل الأول في الكتاب ليسهم في التأصيل للتدخل المبكر ، من خلال البحث في جذوره التاريخية، وأهم التطورات التي لحقت به. كما يؤصل الكتاب في الفصل الثاني لمراكز التدخل المبكر من حيث مفهومها، وأهدافها وأهميتها، وفئات الأطفال المستفيدة من خدماتها، والإجراءات المتبعة بها.

أما الفصل الثالث فجاء ليقدم تحليلاً إثنوغرافيًّا لواقع التربية الخاصة للأطفال المعاقين بمركز من مراكز التدخل المبكر، أي ليس من وجهة نظر الخبراء وصانعي سياسات التربية ، وإنما تحليلاً واقعيًّا من داخل الواقع التربوي لهذا المركز، عبر المشاركين والممارسين الفعليين في عملية التنشئة بمن فيهم الأطفال أنفسهم، والأخصائيون والعاملون، وأولياء الأمور ، بهدف الفهم المتعمق لدور مراكز التدخل المبكر في التربية الخاصة للأطفال المعاقين، وذلك من خلال استخدام الدراسة لتصميم دراسة حالة لمركز تدخل مبكر ، والذي يمكن من خلاله توفير وصفًا مفصلاً وتحليلاً للبيئة المادية، والبشرية، والإجراءات المتبعة، ومجالات التربية الخاصة للأطفال المعاقين بهذا المركز .

وبناء على ما أسفرت عنه الدراسة من نتائج قدم المؤلف في الفصل الرابع من الكتاب تصورا مقترحا بهدف الارتقاء بدور مراكز التدخل المبكر في التربية الخاصة للأطفال المعاقين .

أخيراً أتمنى أن أكون قد وفِّقت في إعداد هذا الكتاب، وأتمنى أن يساهم في إثراء المكتبة العربية، وأرجو أن لا يبخل عليّ القارئ الكريم بأي ملاحظات يمكن الاستفادة منها وأخذها بالاعتبار في الطبعات القادمة.

والله ولي التوفيق

المؤلف

الفصل الأول

التدخل المبكر

(النشأة والتطور)

نتيجة لتعدد الأفكار الخاصة بمفهوم التدخل المبكر فإن المؤلف يرى أنه قبل تناول نشأة وتطور التدخل المبكر كان من الضروري مناقشة مفهوم التدخل المبكر وما ارتبط به من أفكار ، حيث تعددت التعريفات التي تناولت مصطلح التدخل المبكر تبعًا للزاوية التي يتم النظر إليه من خلالها

مفهوم التدخل المبكر :

ينظر البعض إلى التدخل المبكر على أنه عملية وقائية في الأساس تهدف للحد من الإعاقة والآثار المترتبة عليها فهو يعني بالنسبة لهم " تلك الإجراءات الهادفة المنظمة المتخصصة التي يكفلها المجتمع بقصد منع حدوث الإعاقة أو الحد منها، والحيلولة دون تحولها إلى عجز معقد دائم، وتفادي الآثار السلبية والمشكلات التي يمكن أن تترتب على ما يعانيه الطفل من خلل أو قصور في جوانب نموه وتعلمه وتوافقه، أو التقليل من حدوث هذه الآثار، وحصرها في أضيق نطاق ما أمكن".[١]

كما يعني التدخل المبكر من وجهة النظر تلك "الإجراءات أو الجهود أو البرامج التي تنفذ في سبيل الحيلولة دون حدوث نتيجة ضارة أو التقليل من شدتها أو زيادة فعالية هذه الجهود أو الإجراءات أو البرامج عن طريق التدخل في وقت سابق بدرجة كافية من الوقت الذي اعتاد معظم الناس أن يبحثوا فيه عن مساعدة".[٢]

بينما يقصره آخرون على عمليات الكشف والتشخيص المبكرة التي تجري على الأطفال فهو يعني من وجهة نظرهم "كل ما يبذل من جهود من قبل المتخصصين بهدف اكتشاف أوجه الخلل أو القصور وتحديدها سواء في نمو الطفل قبل وبعد ولادته أم في بيئته الأسرية أم في كليهما، والتي يخشى أن تؤدي إلى صعوبات أو مشكلات نمائية حالية أم أخطار مستقبلية محتملة وتحد من مقدرته على القيام بوظيفة أو أكثر من الوظائف الأساسية اللازمة للحياة اليومية أو التوافق بمجالاته ومستوياته المختلفة".[٣]كما ينظر إليه تبعًا

---

(١) عبد المطلب أمين القريطي، سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، القاهرة: دار الفكر العربي ١٩٩٦م، ص ٢٤.

(٢) فوزية بنت محمد أخضر، مراكز التشخيص والتدخل المبكر ودورها الإرشادي لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة، الرياض: مطابع التقنية للاوفست، ١٤٢١م، ص ٣٦.

(٣) السيد فهمي علي محمد، الإعاقات الحركية بين التشخيص والتأهيل وبحوث التدخل: رؤية نفسية الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة للنشر، ٢٠٠٨م، ص ٥١.

لذلك على أنه "برنامج متكامل ومتخصص معد للكشف عن قدرات ومهارات ذوي الاحتياجات الخاصة، وذلك خلال السنوات الأولى من حياتهم".[١]

ويرى فريق ثالث أن التدخل المبكر يقتصر على تقديم برامج وخدمات مبكرة للأطفال المعاقين فهو يعني بالنسبة لهم " تلك الخدمات والبرامج التي تقدم للأطفال المعاقين بهدف الإسراع بتعديل نموهم والإقلال والتخفيف من أثر الظروف الصعبة التي تواجههم، مع السعي نحو إشباع احتياجاتهم وتعويضهم عن النقص الذي يعانون منه ، والإسراع بهؤلاء الأطفال لمحاولة اللحاق بمن في مثل عمرهم ممن يتقدمون في نموهم بدون تعثر".[٢]

مما سبق يتضح تعدد الاتجاهات التي تناولت مصطلح التدخل المبكر حيث ينظر له البعض على أنه عملية وقائية تمنع حدوث الإعاقة أو تحد من الآثار المترتبة عليها إذا ما حدثت، بينما يرى آخرون أن التدخل المبكر يقتصر على عمليتي الكشف والتشخيص للإعاقة المبكرة، ويرى فريق ثالث أن التدخل المبكر يرتبط بالبرامج والخدمات المقدمة للأطفال المعاقين.

إلا أن هناك اتجاه حديث ظهر مؤخرًا ينظر للتدخل المبكر نظرة شاملة فالتدخل المبكر طبقًا لهذا الاتجاه هو تدخل سريع وعاجل قبل تفاقم المشكلة لمساعدة الطفل المتوقع تطور إعاقته أو الأعراض عليه، وهو نظام خدمات تربوي وعلاجي ووقائي يقدم للأطفال الصغار دون الست سنوات ممن لديهم احتياجات خاصة نمائية وتربوية والمعرضين لخطر الإعاقة أو التأخر.[٣]وتبعًا لهذا الاتجاه فإن التدخل المبكر مجموعة شاملة من الخدمات الطبية والاجتماعية والتربوية والنفسية تقدم للأطفال دون سن السادسة الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة.[٤]

وبذلك فإن التدخل المبكر يشمل الإجراءات الوقائية والعلاجية التي تتخذ في السنوات الأولى من العمر بهدف الوقاية من الإعاقة أو خفض درجتها، والبرامج التعويضية والتربوية التي من شأنها بناء بدائل لجوانب الإعاقة التي يتعذر الوقاية منها، وكذلك البرامج الإثرائية التي تستهدف تنشيط واستثمار ما يتمتع به الطفل من استعدادات فعلية للنمو في مختلف النواحي

---

(١) وليد السيد أحمد خليفة، مراد علي عيسى، الاتجاهات الحديثة في مجال التربية الخاصة ،مرجع سابق،ص ٥٩.

(٢) سعدية محمد بهادر ، أطفالنا في الألفية الثالثة ، أبو ظبي : مؤسسة حورس الدولية ، ٢٠٠٢م ،ص ٩٩.

(٣)كريمان بدير، تقويم نمو الطفل، عمان: دار الفكر، ٢٠٠٨م، ص ٢٨٢.

(٤) خولة أحمد يحيى، البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة، مرجع سابق، ص٣٦٩.

إضافة إلى الجهود التي تبذل بهدف الحفاظ على ما اكتسبه الطفل من مهارات نتيجة هذه الإجراءات والبرامج.

ولما كانت الأسرة هي الشيء الثابت في حياة الطفل فإن التدخل المبكر بمفهومه الحديث أصبح يصب جل اهتمامه على النظام الأسري بوصفه المحتوى الاجتماعي الأكبر أثرًا على نمو الطفل، فقد أصبح دعم الأسرة وتدريبها وإرشادها الهدف الأكثر أهمية.[١] فأضحت مجالات التدخل المبكر لا تقتصر على النواحي الصحية والنفسية والسلوكية والاجتماعية والتعليمية للطفل فحسب، بل صارت تشمل أيضًا العديد من أشكال الدعم الاقتصادي والاجتماعي والعاطفي والتدريبي والإرشادي لأسرته بهدف تحسين نوعية حياتها وزيادة كفاءتها في تفهم مشكلات الطفل واحتياجاته، وتهيئة بيئة أسرية مستقرة ومعززة وداعمة لنموه.[٢]

وبناءً عليه يمكن القول أن التدخل المبكر بمفهومه الحديث يضم مجموعة شاملة من الخدمات التي تقدم للأطفال دون السادسة الذين لهم حاجات نمائية وتربوية خاصة، كما أنه نظام خدمات متعدد العناصر لدعم الأسر وتزويدها بالإرشاد والتدريب، وهو بذلك يشمل جميع الإجراءات المتبعة مع الأطفال الذين يعانون من إعاقة أو لديهم قابلية لها منذ لحظة التعرف عليهم وحتى يصل الطفل إلى سن المدرسة، ويتضمن ذلك العملية كلها بداية من إمكانية التعرف المبكر على الحالات وتشخيصها حتى مرحلة التقييم والمتابعة، وتعتمد هذه العملية على دعم الأسرة والبيئة المحيطة بالطفل.

فالتدخل المبكر تبعًا لذلك لا يمكن اعتباره إجراءً وقائيًّا أو نهج إلى إعادة التأهيل، أو عمل تعليمي، وإنما يجب أن يكون جزءًا لا يتجزأ من عملية متكاملة تهدف أولا وأخيرًا إلى تحقيق نمو الأطفال نموًا منسجمًا ومتكاملاً مع محيطهم.

---

(١)جمال الخطيب، منى الحديدي،التدخل المبكر: مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة ،عمان : دار الفكر ، ١٩٩٨م ، ص ٣٨.

(٢)عبد المطلب أمين القريطي، سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم ، مرجع سابق، ص٢٥.

نشأة وتطور التدخل المبكر :

يرى البعض "أن التدخل المبكر مجال حديث العهد، وأنه يصعب تتبع نشأة برامج التدخل المبكر تاريخيًا، خاصة وأن مصطلح التدخل مستخدمًا في العلوم الطبية والجراحية منذ وقت طويل"(١)، إلا أن المؤلف سوف يحاول تتبع نشأة وتطور التدخل المبكر وما ارتبط به من مؤسسات، وخاصة أن بعض الدراسات تشير إلى أن "الجذور التاريخية للتدخل المبكر تعود إلى ثلاثة مجالات رئيسية تتمثل في التربية في الطفولة المبكرة، والتربية التعويضية لصغار الأطفال، والتربية الخاصة للأطفال المعاقين".(٢)

والمؤلف في محاولته تلك كان عليها أن يتناول الخلفية التاريخية لكل من التربية في الطفولة المبكرة، والتربية التعويضية لصغار الأطفال، والتربية الخاصة للأطفال المعاقين، باعتبار أن التدخل المبكر يمتد بجذوره التاريخية إلى المحاولات الرائدة في تلك المجالات.

أولا: التربية في الطفولة المبكرة: *Early childhood education*

بالرغم من أن التربية الخاصة والتربية في الطفولة المبكرة تعدان بمثابة كيانين مستقلين، إلا أن هناك قدر من التداخل بينهما بحيث لا يمكننا أن نفهم أحدهما بشكل جيد دون الآخر.(٣)كما أن الاهتمام بمرحلة الطفولة المبكرة يعكس اعترافًا بأهمية التعليم المبكر، وهذه القضية في حد ذاتها ترتبط ارتباطًا وثيقًا بالعديد من قضايا المجتمع الكبرى والتي من أهمها التدخل المبكر للحد من الإعاقة ومنع تفاقمها.(٤)

ولعل نقطة البدء التي تفيد في استيعاب وتفهم تطور التربية في الطفولة المبكرة باعتبارها من أهم الجذور التاريخية لمجال التدخل المبكر تتمثل في استعراض وفهم أعمال كبار المفكرين والمربين ممن رأوا في هذه المرحلة الأساس الذي ترسى عليه بقية مراحل الحياة من عمر الفرد، والذين

---

(١) فاروق محمد صادق، " أسس برامج التدخل المبكر لذوي الحاجات الخاصة "، مجلة معوقات الطفولة، مركز معوقات الطفولة بجامعة الأزهر،المجلد الثاني، العدد الأول، مارس ١٩٩٣. ص١٠.

(2)Linda G. Kunesh, A historical Review of Early intervention , North central Regional Educational Lab., Elmhurst, 1990 ,P 10.

(٣)دانيال. ب. هالاهان، وآخرون، صعوبات التعلم: مفهومها – طبيعتها – التعليم العلاجي ، ترجمة عادل عبد الله محمد، عمان: دار الفكر، ٢٠٠٧م، ص ٢٤٧.

(٤) نجوى يوسف جمال الدين،التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة: رؤية متجددة حول الأهداف والمضامين التربوية،مرجع سابق، ص ٣.

اهتموا بهذا الميدان فأثرت كتاباتهم وأفكارهم في صياغة ووظائف ومؤسسات تربية الطفولة المبكرة حتى يومنا الحاضر.

فالتدخل المبكر كما يُعرف اليوم هو نتاج أكثر من (٣٠٠) سنة من المؤثرات الاجتماعية والسياسية والأكاديمية، فالعديد من النظريات الأساسية التي يقوم عليها التدخل المبكر اليوم تأسست أصولها النظرية على المفاهيم المرتبطة بتطور مرحلة الطفولة المبكرة، وأقرب هذه المؤثرات هي كتابات فلاسفة التنوير الأوروبيين.[١]

وبالرغم من أهمية دراسة هذه المؤثرات باعتبارها مهدت لظهور التدخل المبكر،إلا أنه تجدر الإشارة إلى أن جذور الاهتمام برعاية وتعليم صغار الأطفال تمتد إلى آلاف السنين في عمق التاريخ، وتعكس كتابات فلاسفة – أمثال أفلاطون وأرسطو – حساسية لحاجات الأطفال كما تعكس أهمية التعليم المناسب في تشكيل شخصياتهم ، وقد نظر الإغريق إلى النمو الإنساني كتحول من الحالة الناقصة في الطفولة إلى الحالة المثالية في الرشد. وقد استمرت التقاليد الإغريقية على مدار العديد من مئات السنين حتى العصر الروماني.[٢] كما لقيت الطفولة في العالم الإسلامي، الرعاية والاهتمام اللازمين منذ ما يزيد على أربعة عشر قرنًا، حيث تركز الاهتمام على الطفل، وتطوره والبيئة التي تحيط به، وتؤثر عليه. تأثرًا بما ورد في كتاب الله وسنة رسوله بهذا الشأن والتي تدعو إلى ضرورة العناية بالطفل وتنشئته التنشئة الصالحة[٣]. كما اهتم العلماء المسلمون بتربية الطفل منذ فترة مبكرة في عهد الدولة الإسلامية، واحتلت نظريات التربية جانبًا مهمًا من كتب ومصنفات كبار العلماء المسلمين مثل ابن مسكويه (٢٤١هـ- ٨٥٥م)، وابن سحنون (٢٥٦هـ- ٨٦٩ م) والقابسي (٣٢٤هـ - ٩٣٥م) وابن جماعة (٣٧٣ هـ - ٩٨٣م)، وابن سينا (٣٧٠هـ - ٩٨٠م)، والغزالي (٥٠٥هـ - ١١١١م)، وابن خلدون (٨٠٩ هـ - ١٤٠٦م).[٤]

---

(1) Lynn A. Karoly& Others, What We Know and Don't Know About the Costs and Benefits of Early Childhood Interventions,Washington: Rond,1998, P.11.

(٢) إيفال. عيسى، مدخل إلى التعليم في الطفولة المبكرة، ترجمة أحمد حسين الشافعي، العين: دار الكتاب الجامعي، ٢٠٠٤م، ص ١٠٥.

(٣) محمد عبد الرحيم عدس، مدخل إلى رياض الأطفال،عمان:دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، ٢٠٠١م، ص ٦٧.

(٤) عبد الله عبد الدائم، التربية عبر التاريخ – من العصور القديمة حتى أوائل القرن العشرين، ط٦ ؛ بيروت: دار العلم للملايين،١٩٨٧، ص ص ٢٢٩- ٢٦١.

رغم كل ذلك فُقدت في الغرب الكثير من الأفكار عن تربية الأطفال خلال العصور الوسطى، حيث بدا أن مفهوم الطفولة قد وضع في غير محله، وأصبح الأطفال مجرد ملكية، وتم وضعهم في الأعمال الشاقة حيث كان ينشأ الرجل النمطي أو المرأة النمطية مباشرة من مرحلة المهد كشكل من أشكال مرحلة الرشد المصغرة، وقد اختفت المدارس وأشكال التعليم الرسمي بصورة جوهرية في أوروبا باستثناء عدة أماكن وخاصة في أسبانيا الإسلامية – في ذلك الوقت – حيث كان يحظى التعلم هناك على قيمة عالية.[١]

ويعد المؤرخ الفرنسي فيليب آريس *Philippe Aries*(1914-1984) هو أول من كشف عن ذلك في كتابه الشهير "قرون الطفولة" *centuries of childhood* والذي رأى فيه أن الطفولة لم توجد حقًا حتى القرن السادس عشر أو السابع عشر أما قبل ذلك فكان الأطفال يعاملون على أنهم أشخاص راشدون صغار الحجم وأنهم كثيرا ما كانوا يتعرضون لسوء المعاملة، مؤيدًا رأيه باستخدام أدلة مصورة حيث تصور الرسوم والصور الباقية من ذلك العصر في أحيان كثيرة الأطفال كأشخاص راشدين صغار، صغار ولكن بنسب هيئة الكبار وملابسهم.[٢]

لذا يعتبر كثير من المؤرخين أن جون لوك *John Locke* (1704-1632) من أول كتاب العصر الحديث الذين لفتوا النظر إلى موضوع الطفولة حيث كان يعتقد أن الأطفال مختلفون تمامًا عن الكبار ويستحقون لذلك رعاية خاصة.[٣]

وتتضح آراء لوك هذه في كتابه الذي أصدره سنة (1693) بعنوان (آراء في التربية)، والذي طالب فيه باستقلال التعليم عن الكنيسة بل عن الحكومة أيضًا كما طالب بضرورة توفير الرعاية للمتعلم، وتربيته تربية استقلالية، على عكس التربية التي كانت سائدة في الغرب قبله، والتي كانت تقوم على صب المواطنين جميعًا في قالب واحد.[٤]

---

(١) إيفال. عيسى، مدخل إلى التعليم في الطفولة المبكرة، مرجع سابق، ص ص ١٠٥- ١٠٦.

(2) *Dominic Wyse &Others ,childhood studies an introduction , oxford ,UK: Blackwell Publishing , 2004, PP.. 4-5.*

(٣) علاء الدين كفافي، وآخرون، الارتقاء الانفعالي والاجتماعي لطفل الروضة ، عمان : دار الفكر، ٢٠٠٨م، ص ٦٤.

(٤) عبد الغني عبود، الأيديولوجيا والتربية عبر العصور: تاريخ التربية من منظور مقارن، القاهرة: دار الفكر العربي، ٢٠٠٤م، ٢١٧.

وبالرغم من أن شرف كتابة الكتاب التربوي الأول الذي يبحث عن الطفل – كما يعتقد المؤرخون الغربيون – يعود إلى جون لوك، إلا أن جان جاك روسو *Jean Jacques Rousseau* (1712 -1778) يستأثر بشرف استخلاص النظريات التربوية من طبيعة الطفل[١]، فما قدمه (روسو) للتربية يتمثل في عبقرية الكشف عن طبيعة للطفل مفارقة لما هو معهود ومألوف في عصره وفي العصور التي سبقته فرفض (روسو) المبدأ التربوي الذي ينظر إلى الطفل بوصفه راشدًا صغيرًا، وهو على خلاف ذلك يرى بأن الطفل صغير الراشد، فطبيعة الطفل مفارقة لطبيعة الراشد نوعيًّا وليس من الجانب الكمي.[٢]

وكان (روسو) يعتبر أن الطفل ليس كائنا سلبيا يستقبل ما يتعرض له كما كان يظن (جون لوك)، بل إنه كائن إيجابي وفعال في البيئة التي يعيش فيها، وقد كان لروسو تأثير كبير على الاتجاهات نحو الطفولة والأطفال، فقد كتب كتابه المشهور عن إميل *Emile* وفيه طالب المربين أن يتركوا أبناءهم ينمون في أحضان الطبيعة، وأن يقلل المربون والآباء من تدخلهم في تربية الطفل.[٣]فالتربية وفقًا لفلسفة (روسو) ينبغي أن تحدث في بيئة طبيعية تقوم على خبرات الأطفال وهم ينمون ويتطورون، وهكذا فإن التربية للأطفال الصغار ينبغي أن تتطور من واقع الخبرات اليومية للأطفال فالطفولة هي فترة مميزة من الحياة ذات حاجات خاصة، ونظرًا لأن الأطفال مجبولون على الخير فإن العملية التربوية ينبغي أن تتمركز حول الطفل وليس المعلم.[٤] " وهذا الإيمان العميق بالطبيعة الخيرة للطفل والدعوة إلى الحرية والحياة الطبيعية وضعا حجر الأساس في بناء مناهج جديدة وأحدثا ما يشبه الثورة الكوبرنيكية في ميدان تربية الطفولة المبكرة".[٥]

ولقد أثارت أفكار (روسو) الكثير من الجدل لدى الفلاسفة والمفكرين التربويين مما مهد الطريق لظهور العديد من الحركات التربوية في مجال

(١) فاخر عاقل، التربية قديمها وحديثها، ط٣ ؛ بيروت: دار العلم للملايين، ١٩٨١م، ص ١٦٠.

(٢) علي أسعد وطفة، خالد الرميضي، التربية والطفولة : تصورات علمية وعقائد نقدية ، بيروت: مجد المؤسسة الجامعية ، ٢٠٠٤م ، ص١٦٦.

(٣)علاء الدين كفافي، وآخرون، الارتقاء الانفعالي والاجتماعي لطفل الروضة ، مرجع سابق، ص ٦٥.

(٤) لين ت. هيل، وآخرون، التدريس من منظور البحث والاستقصاء: إعادة التفكير في مناهج الطفولة المبكرة، ترجمة أمين عبد الجواد، موسى أبو طه، مراجعة لغوية فواز الراميني، العين: دار الكتاب الجامعي، ٢٠٠٩م، ص، ٤١.

(٥) ملكة أبيض، الطفولة المبكرة والجديد في رياض الأطفال ، ط٢ ؛ بيروت : المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع ، ٢٠٠٠ ، ص ١٣.

تربية الطفولة المبكرة، والتي ساهمت إلى حد كبير في ظهور فكرة التدخل المبكر، وفيما يلي سوف يتناول المؤلف أهم هذه الحركات:

- حركة رياض الأطفال *The Kindergarten Movement*

اتفق الفيلسوف السويسري بستالوزي *PestaLozzi* (1746-1872) مع (روسو) من حيث الأساس في إيمانه بطبيعة الطفل، وحقه في الحياة الطبيعية الحرة والذي كانت آراؤه في حقيقة الأمر ترديدًا لأفكار (روسو)، وإن كان لم يكتف بالشعور والعواطف، بل كرس حياته للعمل على الإصلاح الاجتماعي، وعلى مكافحة البؤس والفقر بين الناس، عن طريق التربية والتعليم.(١)

فبعد تخريب قرية (ستانز*Stanz*) على يد جيش نابليون، أنشأ بستالوزي هناك ملجأ للأيتام يضم صغار ضحايا الحرب، وقام بمساعدة خادم واحد برعاية ما يزيد عن ثمانين طفلاً تتراوح أعمارهم من عامين إلى ستة أعوام، وقد أحبهم وعلمهم في الوقت ذاته، وكان معظم هؤلاء الأيتام فقراء، غير متعلمين، يعانون من سوء التغذية والأمراض. وبقي بستالوزي خلال عام كامل يمثل كل شيء في حياتهم. فقد أطعمهم وألبسهم وعالجهم وأحبهم وعلمهم وعمل معهم وساعدهم ليقوموا بخدمة أنفسهم وخدمة بعضهم بعضًا حتى النقاد الذين شككوا بعمله كانوا مضطرين للاعتراف بنجاحه.(٢) قد أفضى به إدراكه للعدالة الاجتماعية إلى تأييد التعليم للفقراء وهكذا دافع عن التعليم للأطفال كافة، ويعتبر بستالوزي أول من حدد التربية في مرحلة الطفولة المبكرة وبذلك مهد لحركة رياض الأطفال.(٣)

ولقد جذبت مدرسة بستالوزي في سويسرا زوارًا عديدين، فيهم رجل بارز من مقاطعة (ويلز) في بريطانيا، اسمه روبرت أيوين*Robert Owen* (١٧٧١- ١٨٥٨) لقد أدار هذا الرجل مصانع لانارك*Lanark* الجديدة للقطن وافتتح أول حضانة ومدرسة بريطانية للأطفال هناك عام ١٨١٦ بصفتها جزءًا من الخدمات لعمال المصنع، وكان مثاليًا، بالرغم من حسه العملي، يكره الفقر واستغلال الطبقات العاملة، ويرى أن الطريق الرئيس لتخفيف هذه المشكلات يمر عبر التربية، التي تؤثر بدورها في الإصلاح الاجتماعي. وكانت تلك المدرسة مجددة من نواح عديدة. فقد كانت تأخذ الأطفال بدءًا من

---

(١)عبد الغني عبود، الأيديولوجيا والتربية عبر العصور: تاريخ التربية من منظور مقارن، مرجع سابق، ٢١٨.

(٢) ملكة أبيض، الطفولة المبكرة والجديد في رياض الأطفال ،مرجع سابق، ص ١٥.

(٣) لين ت. هيل، وآخرون، التدريس من منظور البحث والاستقصاء: إعادة التفكير في مناهج الطفولة المبكرة ، مرجع سابق، ص، ٤٢.

سن الثانية وتستبقيهم حتى سن العاشرة، وكان كل من التنظيم والانضباط والمنهاج فيها يتركز حول الأطفال.(١)

كما زار مدرسة بستالوزيفريدرك فروبل *Friedrich Froebel* (*1782 -1852*) وأعجب بها أشد الإعجاب إلا أنه كان يرى أن بستالوزي لم يدمج التعليم بطبيعة الطفل، فبدأ فروبل مدارسه للأطفال الصغار في (بلانكبرج) بألمانيا سنة *1837* والتي كان يطلق عليها (حدائق الأطفال)(٢)، وتهدف رياض الأطفال كما يعلن مؤسسها إلى إحاطة الطفل ببيئة مثالية لتحقيق نموه وازدهاره، لذا فهو يؤكد على أن الهدف الرئيس للروضة ليس الحصول على المعارف بل تحقيق نمو الطفل ذهنيًّا وروحيًا (٣)، لذا يعتبر اللعب عند فروبل هو أهم مظاهر النشاط العفوي عند الطفل وهو الذي يجب أن يكون أساس العملية التربوية في السنين الأولى(٤)، فاللعب من وجهة نظره هو مؤسسة الطفل التعليمية، فاللعب المناسب يساعد الطفل في التفكير حول التفاعل بين الحياة والنشاط الذاتي، والتفكير والفعل، والأداء والمعرفة، والقدرة والفهم.(٥)

وفي عام (*1851*) أي قبل وفاة فروبل بعام واحد منعت الحكومة البروسية إنشاء مثل هذه المدارس في ألمانيا بحجة أنها مؤسسات ثورية فما كان من البارونة (بارتافون مارنهولتز بولو *Berthvon Marenholtz Biilow*)، التي يعود إليها فضل تعميم هذه المؤسسات، إلا أن نقلت نشاطها إلى انجلترا حيث أدخلت فكرة الروضة عام *1854* م، ودافع عنها رجال أمثال (شارل ديكنز) الروائي الشهير.(٦)

وفي عام *1855* زارت البارونة (برتا) فرنسا وحصلت على تأييد مؤرخها الكبير (ميشليه) وغيره من مفكري فرنسا وزعمائها، وبعثت بذلك الحماسة لرياض الأطفال، وانتقل أثر البارونة إلى هولندا وبلجيكا، بل إلى

---

(١) ملكة أبيض، الطفولة المبكرة والجديد في رياض الأطفال ، مرجع سابق، ص ٢٥.

(٢) جون آن برور، تربية وتعليم الطفولة المبكرة: من مرحلة ما قبل المدرسة وحتى الصفوف الأولى ترجمة إبراهيم فرج الزريقات ، سهى أحمد أمين ، عمان: دار الفكر، ٢٠٠٥م ص ٥٧.

(٣) علي أسعد وطفة، خالد الرميضي، التربية والطفولة: تصورات علمية وعقائد نقدية، مرجع سابق ص٢٣٠.

(٤) فاخر عاقل، التربية قديمها وحديثها ، مرجع سابق، ص ١٩٨.

(٥) جون آن برور، تربية وتعليم الطفولة المبكرة: من مرحلة ما قبل المدرسة وحتى الصفوف الأولى مرجع سابق، ص ٥٧.

(٦) فاخر عاقل، التربية قديمها وحديثها ، مرجع سابق، ص ص ٢٠٤- ٢٠٥.

إيطاليا حيث لقيت تأييد كثير من الزعماء وعلى رأسهم بطل الوحدة الإيطالية (غاريبالدي)، وهكذا انتشرت رياض الأطفال في هذه البلدان جميعها وفي كثير غيرها، وعلى رأسها النمسا.[١] أما أمريكا والتي كانت تضم مجموعة من المهاجرين الذين انتقلوا إليها لأسباب مختلفة، والذين كانوا يتطلعون دائمًا إلى الوطن الأم (أوروبا) ينقلون مؤسساته ونظمه، وكان النظام التعليمي الأوروبي من النظم التي نقلها هؤلاء المهاجرون الأوائل من أوروبا إلى وطنهم الجديد.[٢] فافتتحت أول رياض أطفال في الولايات المتحدة عام *1856* في (ووترتاون*Watertown*) بولاية (ويسكونسن*Wisconsin*) وقد افتتحتها (مارجريتا شيرز*Margarethe Schurz*) وكانت تهدف من إنشائها تعليم الأطفال الألمان اللغة الألمانية بهدف الحفاظ على الثقافة الألمانية في المجتمع الأمريكي، أما أول رياض أطفال تتحدث الإنجليزية فقد افتتحت من قبل (إليزابيث بيودي *Elizabeth Peabody*) عام ١٨٦٠، أما أول رياض أطفال عامة فقد افتتحت من قبل (سوزان بلو *Susan Blow*) في (سانت لويس *St. Louis*) عام ١٨٧٣م.[٣] وقد بلغ ازدهار هذه المؤسسات في (الأرض الجديدة) الحد الذي بدأت فيه رياض الأطفال تنضم من سنة ١٨٧٣م إلى النظام التعليمي في بعض الولايات وتصبح جزءًا من مرحلة التعليم الإلزامي [٤]، حتى وصل عددها إلى ٤٠٠ روضة في عام ١٨٨٠م.[٥] وخلال الجزء الأخير من القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين كان الهدف من تبني رياض الأطفال لدى الطبقة الوسطى من المجتمع الأمريكي يمثل وسيلة لتحسين تنشئة الطفل، أما في البيئات الفقيرة ونتيجة لعدم تجانس السكان بها فقد طالب الناشطون الاجتماعيون بتوفير مؤسسات رياض الأطفال لأبناء المهاجرين بهدف إكسابهم الخبرات المبكرة التي تعوضهم عن الحرمان

---

(١) عبد الله عبد الدائم، التربية عبر التاريخ: من العصور القديمة حتى أوائل القرن العشرين، مرجع سابق ص ص ٤٤٨- ٤٤٩.

(٢)عبد الغني عبود، الأيديولوجيا والتربية عبر العصور: تاريخ التربية من منظور مقارن ، مرجع سابق ص ص ٢٢٨- ٢٣٠.

(3)*YukitaneTanaka , Kiyo Satoh ," the contribution and influence of Friedrich Froebel's ideology ; the u.s and Japan", Hyogo university of teacher education journal, vol.13, ser.1, 1993, PP. 115-116.*

(٤)عبد الغني عبود، الأيديولوجيا والتربية عبر العصور: تاريخ التربية من منظور مقارن ،مرجع سابق، ص ٢٣٣.

(5)*Yukitane Tanaka , Kiyo Satoh , the contribution and influence of Friedrich Froebel's ideology ; the u.s and Japan, Op.Cit, P. 116.*

الاقتصادي ولتعزيز الاندماج الثقافي ولرعاية الأطفال للأمهات العاملات في المدن الصناعية من الأحياء الفقيرة.[١] وتعد هذه الدعوة لتوفير رياض أطفال تقدم الرعاية للأطفال المعرضين للخطر من أولى الدعوات التي تميز بها المجتمع الأمريكي عن الوطن الأم (أوروبا) فيما يتعلق بفكرة التدخل المبكر حيث ظهرت هذه الدعوات المطالبة بتوفير التدخل المبكر لأطفال الأسر الفقيرة التي لا تستطيع تقديم التنشئة المبكرة لأطفالها،كنتيجة للأوضاع السائدة في المناطق الفقيرة للمهاجرين والتي كانت تحمل عنوان (إنقاذ الأطفال *Child Saving*) وذلك بتوفير رياض أطفال تعمل كمراكز للتدخل المبكر بهدف إبعاد الطفل جزئيًا عن الظروف الأسرية الفقيرة اقتصاديًا وثقافيًا.[٢] لذا يمكن القول أن التدخل المبكر – كفكرة وليس كمصطلح – ظهر في الولايات المتحدة الأمريكية بنهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين وإن كانت تلك الفكرة أصبحت تختلف عن التدخل المبكر بمفهومه الحالي ؛ لكونها كانت تدعو إلى توفير التنشئة المبكرة لأطفال الأسر الفقيرة بهدف حمايتهم من الظروف الاقتصادية والاجتماعية والثقافية المتدنية دون الاهتمام بالأطفال المعاقين. ثم ظهرت بعد ذلك دعوات تقدمية لإصلاح رياض الأطفال قادها (جون ديوي *John Dewey 1859-1952*) والذي كان ينظر إلى التربية على أنها عملية إعادة بناء لخبرة الطفل حتى تتسع لتشمل الخبرة المنظمة الواسعة التي يطلق عليها المواد الدراسية، لقد نظر إلى الطفل على أنه وحدة تنمو من خلال أنشطتها الخاصة في إطار اجتماعي، فهو نتاج اجتماعي يعتمد في نموه على البيئة الاجتماعية.[٣] ولقد اهتم ديوي بتعليم صغار الأطفال حيث كان يرى أنه لا فائدة من التعليم العالي إذا بني هذا التعليم على أسس ضعيفة، فأنشأ ديوي في (شيكاغو) مدرسة أولية يقوم التعليم فيها على أسس تختلف عما جرى عليه العرف، وعاونه في ذلك جماعة من الآباء يرغبون لأبنائهم هذا الضرب الجديد من التعليم فأمدوه بالمال والتأييد الأدبي، وسميت المدرسة باسم (المدرسة المعملية *Laboratory School*) ولو أن اسمها الذي جرى على ألسنة الناس هو (مدرسة ديوي).[٤]

---

(1) *Lynn A. Karoly& Others, What We Know and Don't Know About the Costs and Benefits of Early Childhood Interventions, Op.Cit. ,PP. 12-13.*

(2) Loc.Cit. P. 13.

(٣) محمد منير مرسي، تاريخ التربية في الشرق والغرب، القاهرة: عالم الكتب، ١٩٩٤م، ص ٤٥٣.

(٤) أحمد فؤاد الأهواني، جون ديوي ، سلسلة نوابغ الفكر العربي (١١)، ط٣ ؛ القاهرة: دار المعارف ، ١٩٦٨، ص ٢٦.

ولقد كانت مدرسة ديوي، في الواقع، ميدانًا أفاد منه ديوي في تطوير بعض آرائه التربوية. فقد افتتحت المدرسة في كانون الثاني من عام ١٨٩٦ بمعلمين اثنين و(١٦) طفلاً، ولكنها اتسعت سريعًا حتى أصبحت تحتوي بحلول عام ١٩٠٢ على (١٤٠) طفلاً، و(٢٣) معلمًا، وعشرة مساعدين من طلاب السنوات العليا في الجامعة. ومع قيام جون ديوي نفسه بالإشراف عليها واضطلاع زوجته أليس شيبمانديوي *Alice Chipman Dewey* بإدارتها، استطاعت المدرسة تقديم مساق تربوي فريد، جعل منها أكثر المحاولات التجريبية إثارة للاهتمام في التربية الأمريكية.(١)

فقد طور ديوي من خلالها العمل الوظيفي *Pragmatism*، وكان لهذه الفكرة أثر كبير في تطور النظرة لرياض الأطفال، حيث ركز على أهمية اكتشاف الأطفال الأشياء بأنفسهم، وتبنى فكرة التجريب والاختبار، وأنكر التعلم والمعالجة، وافترض أن مهمة الأطفال اكتشاف العالم من حولهم من خلال نشاطات اللعب الحر المختلفة، لافتراضه أن الأطفال يختارون الألعاب التي يشتركون فيها لما لها من أهمية في تلبية اهتماماتهم و تفضيلاتهم.(٢)

ولقد استمرت حركة إصلاح رياض الأطفال في الفترة ما بين عامي ١٩٢٠ -١٩٣٠، واستمر كذلك الجدل بين التقليديين والتقدميين إلا أنه بحلول عام ١٩٣٠ حدثت تغيرات هامة في حركة رياض الأطفال، حيث أن الظروف الاقتصادية المتدنية في الفترة من ١٩٣٠ - ١٩٤٠ نتج عنها تقلص وتراجع دعم رياض الأطفال في المدارس العامة، إلا أنه وبحلول عام ١٩٦٠ عاد الاهتمام برياض الأطفال نتيجة للبحوث التي أثبتت آثار الخبرات المبكرة على صغار الأطفال وخاصة الذين يعانون من الحرمان.(٣)وأصبح ينظر الآن لرياض الأطفال على أنها جزء أساسي من أنظمة التعليم في كل المناطق في العالم، وخاصة بعد عام ١٩٨٠ والذي اعتبر عام الطفل *Year of child*.(٤)

- حركة مونتسوري: *The Montessori Movement*

ولدت ماريا مونتسوري *Maria Montessori* (***1870 -1952***) في إيطاليا واتجهت في بداية حياتها اتجاهًا علميًا، إذ التحقت بجامعة روما، وحصلت على إجازة في الطب سنة ***1894***، وعملت بعد ذلك كطبيبة مساعدة، بمستشفى الأمراض العقلية بروما، وفي أثناء اشتغالها بالطب هناك

---

(١) ملكة أبيض، الطفولة المبكرة والجديد في رياض الأطفال ،مرجع سابق، ص ١٨.

(٢) يوسف قطامي، الاتجاهات الحديثة في تربية الطفل، القاهرة: الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات، ٢٠٠٨م ، ص ١٦.

(3)*Linda G. Kunesh, A historical Review of Early intervention, Op.Cit., P. 131.*

(٤) يوسف قطامي، الاتجاهات الحديثة في تربية الطفل ، مرجع سابق، ص ٢٠.

وجدت في نفسها ميلا خاصا لدراسة التربية ومعالجة ذوي العاهات، وضعاف العقول من الأطفال ويتجلى ذلك الميل في أن أصبح اتجاهًا لدى ماريا مونتسوري تمثله عبارتها المشهورة "لقد اختلفت مع زملائي، فعقيدتي أن الضعف العقلي يمثل في أساسه مشكلة تربوية أكثر من كونه يرجع إلى مشكلة طبية".(١)

ولقد تأثرت ماريا مونتسوري كثيرًا بعمل اثنين ممن سبقوها هما (جان إيتارد) الذي حاول تربية ما يعرف باسم (صبي أفيرون المتوحش) واعتمد في تربيته على تدريب الحواس، والذي جعلته (مونتسوري) مكونًا أساسيًّا في طريقتها، والثاني هو (إدوارد سيجان) الذي عني بالأطفال المتخلفين عقليًا وصمم لهم مواد عديدة لتعليمهم، وطرائق خاصة للتعامل معهم، فراحت منتسوري تطور هذه الأساليب والطرائق، والتي بينت أنها شديدة الفاعلية مع هؤلاء الأطفال كما تأثرت (مونتسوري) كثيرًا بمن سبقوها من علماء التربية مثل روسو وبستالوزيوفروبل وغيرهم من التربويين.(٢)

ووضعت (مونتسوري) الأساس لمدرسة جديدة لضعاف العقول من الأطفال هي مدرسة (أورتوفرينكا *The ScuolaOrtofrenica*). وكانت هذه المدرسة تضم اثنين وعشرين طفلا معوقًا، وقد وجدت فيها فرصتها الكبيرة في اختبار معطيات النظريات التربوية ومتابعة التجارب التربوية التي بدأها (إيتارد) و(سيجان)، ولم تقف عند حدود ما وصلت إليه تجارب الرواد في هذا الميدان بل اجتهدت في تصميم وابتكار أساليب عمل جديدة وطرق جديدة، فقد استطاعت (مونتسوري) بعد جهد كبير وعمل مضني مع أطفالها الاثنين والعشرين أن تحقق سبقًا تربويًّا في مجال الأطفال المعاقين، حيث استطاع أطفالها ضعاف العقول أن يحققوا نجاحًا كبيرًا يضاهي نجاح الأطفال العاديين في الامتحانات الرسمية التي جرت لهم.(٣) وكان ردها على المعجبين "إن نجاح ضعاف العقول وقدرتهم على منافسة العاديين إنما يرجع إلى عامل واحد فقط وهو أنهم تعلموا بطريقة مخالفة".(٤)

---

(١) صالح عبد العزيز، التربية وطرق التدريس، ج ٢، ط ١٠، القاهرة: دار المعارف، ١٩٧٦، ص ٥٤.

(٢) سهام محمد بدر، اتجاهات الفكر التربوي في مجال الطفولة، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ٢٠٠٢م، ١٧٤.

(٣) علي أسعد وطفة، خالد الرميضي، التربية والطفولة: تصورات علمية وعقائد نقدية، مرجع سابق، ص٢٤٥.

(٤) صالح عبد العزيز، التربية وطرق التدريس، مرجع سابق، ص ٥٥.

ولقد أصبحت (مونتسوري) معترف بها عالميا في التربية التقدمية للطفل بما نشرته من مؤلفات في التربية من أهمها طريقة مونتسوري *The Montessori Method* (١٩١٢)، وكتابها طريقة مونتسوري التقدمية *The Advanced Montessori Method* (١٩١٧)، ومؤلفها سر الطفولة *The secret of Child* (١٩٣٦)، والعقل المرتشف *The Absorbent mind* (١٩٤٩)، والتربية لعالم جديد *Education for the new world* (١٩٤٦).[١]

وقد كان اهتمام الأمريكيين بها كبيرًا في الفترة من ١٩١١ حتى ١٩١٥ إلا أنه وبحلول عام ١٩١٦ كانت طريقة (مونتسوري) قد توقفت عمليًا في أمريكا، إلا أن أفكارها ظلت تلقى بعض الاهتمام حتى عام ١٩٢٠، وفي الفترة ما بين عامي ١٩٣٠ – ١٩٤٠ اختفت معظم المدارس التي تأسست وفق طريقة (مونتسوري)، ولكن عاد الاهتمام بإحياء أفكار (مونتسوري) مرة أخرى بحلول عام ١٩٦٠، من خلال إنشاء العديد من المدارس الخاصة التي تبنت أفكارها.[٢]

والواقع أن آراء (مونتسوري) تبعث الآن من جديد وتلقى اهتمامًا كبيرًا حيث تمارس طريقتها في التعليم في صورتين، إحداهما الصورة الأصلية التي تتبناها رابطة مونتسوري الدولية *Association Montessori International (AMI)* وهي تستخدم في كثير من دول أوروبا، وأمريكا الجنوبية، وأستراليا، والهند، وغيرها من الدول الآسيوية، أما الصورة الثانية لطريقة (مونتسوري) فهي الصورة الحديثة المعدلة التي تتبناها جمعية مونتسوري الأمريكية *The American Montessori Society (AMS)* وهي منتشرة في الولايات المتحدة الأمريكية.[٣]

وبذلك يتضح أن (حركة مونتسوري) كان لها دور فاعل في ظهور ما أصبح يطلق عليه بعد ذلك (التدخل المبكر) حيث أنها كانت تهتم بتربية صغار الأطفال المعاقين في مدرستها إيمانًا منها بأهمية التدخل التربوي في علاج حالتهم ، وليس التدخل الطبي فقط .

---

(١) سهام محمد بدر، اتجاهات الفكر التربوي في مجال الطفولة ، مرجع سابق، ص ١٧٤.

(2)*Linda G. Kunesh, A historical Review of Early intervention, Op.Cit. ,P. 8*

(٣) محمد منير مرسي، تاريخ التربية في الشرق والغرب ، مرجع سابق، ص ٨.

- حركة مدارس الحضانة *The Nursery Schools Movement*:

على غرار مونتسوري في إيطاليا، اهتمت الشقيقتان (راشيل، ومارجريت ماكميلان*Rachel and Margaret MacMillan*) بتربية الطفولة المبكرة في بريطانيا في مطلع القرن العشرين، لشعورهما بالظروف المريعة التي تحيط بأطفال الفقراء حين يدخلون المدارس العامة، وقد شعرتا بأنه من الضروري تقديم شيء لهؤلاء الأطفال قبل أن يصلوا إلى عمر المدرسة الإلزامية العامة. فقامتا بإنشاء أول حضانة في لندن بإنجلترا والتي أنشئت في البداية كعيادة صحية لأطفال المناطق المحرومة في عام ١٩١٠، وأطلقتا عليها (مركز ديبتفورت للعلاج المدرسي *Deptford schools treatment center*) وبسرعة تطورت العيادة ونشأ عنها (مدرسة في الهواء الطلق *Open-air school*)، وكانت تهدف للوقاية من الأمراض الجسمية والعقلية للأطفال، ثم قامت الأختان (ماكميلان) بإضافة مصطلح (مدرسة الحضانة *Nursery School*) إلى مركزهما.[١]

وكانت فلسفة مدرسة الحضانة مبنية على " أن أساس كل من النمو العقلي والبدني هو الحاجة إلى النشاط الحر، فبدونه لا يكون النمو الصحي للجسم والروح ممكنًا ولا التدرب على ضبط النفس، ويتضمن النشاط الحر توفير نشاط عفوي هادف في حيز فسيح في الهواء الطلق، وكذا مناخ من الحب والبهجة والحرية ويجب أن يوفر الروتين اليومي التناوب المناسب للراحة والنشاط خلال اليوم، ومن غير المرغوب اعتبار ساعات اليوم الدراسي العادي حدود مدرسة الحضانة".[٢]

أما طرق التدريس في حضانتهما فقد استلهمتاها من المعلم الفرنسي (سكون *Sequin*) والذي كان يعلم الأطفال المتخلفين عقليًا، بينما ركزت الأنشطة الصفية على المهارات الخاصة بمساعدة الذات، التعليم الذاتي، تدريب الحواس اللغة، أنشطة تعليم الأشكال والألوان، التهيئة للقراءة والكتابة والرياضيات والعلوم.[٣]

---

(1)*Linda G. Kunesh, A historical Review of Early intervention, Op.Cit. ,PP.. 8-9.*
(2)*Helen Penn , Understanding early childhood: issues and controversies, Maidenhead , England: open university press , 2005, P. 120.*
(3)*Linda G. Kunesh, A historical Review of Early intervention, Op.Cit.,P.9.*

فقد كانت الفلسفة العامة الكامنة وراء الأساليب التعليمية في مدارس الحضانة في (انجلترا وويلز) ترى أن مدرسة الحضانة قبل كل شيء، مؤسسة تربوية تضع الطفل ككل موضع رعايتها، كما أنها معنية بقدر مساو بالمراحل الجسدية، والعقلية، والعاطفية في نمو الطفل، ومصممة بصورة محددة، لتوفير ظروف تسهم في النمو الطبيعي والتقدمي لمواهب الطفل، وتنمية جسد قوي وتكوين عادة حميدة، واستثارة ردود فعل عقلية وروحية سليمة، تجاه البيئة الاجتماعية. فكانت تميل أساليب مدارس الحضانة إلى التركيز على الطفل ولا تعطى فيها دروس رسمية، إذ يشغل الأطفال أنفسهم باللعب والرسم والتلوين والاستماع إلى القصص، والغناء على أنغام الموسيقى.[١]

ولقد انتقلت حركة مدارس الحضانة إلى الولايات المتحدة الأمريكية ، حيث ظهرت في الولايات المتحدة الأمريكية إسهامات (باتي سميث هيل *Patty Smith Hill*) (١٨٦٨ – ١٩٤٦) في تربية الطفولة المبكرة ففي عام ١٩٢٦ كتبت مقالا وصفت فيه وظيفة معلمة صغار الأطفال ودورها في تلبية احتياجاتهم، كذلك كتبت مقالا في عام ١٩٢٨ بعنوان المنزل والمعلمة كمحاور في حياة الطفل، عرفت فيه الفرق بين التعليم في المنزل والتعليم في الحضانة، وقد أوجدت وأنشأت (هيل) الاتحاد أو الجمعية القومية للتربية في الحضانة *National Association For Nursery Education (NANE)*. والتي أصبحت الآن الجمعية الوطنية لتعليم الأطفال الصغار *National Association For The Education Of young children (NAEYC)*.[٢]

كما ازدادت مدارس الحضانة التي أنشئت لغرض دراسات الطفولة والتي ألحقت بمراكز البحوث التابعة للجامعات وكليات إعداد المعلمين والمعلمات واتسع نطاق البحث في مشكلات الطفولة وتربية الأطفال، وكانت تلك المدارس تخدم أغراضًا نفسية وتربوية لأن الكثير منها احتوى على عيادات نفسية لتشخيص وعلاج المشكلات المتنوعة للأطفال المعاقين وخاصة المتأخرين عقليًّا منهم.[٣]

---

(١) محمد محمد الخوالدة، " أهداف تربية الطفولة المبكرة وأساليب تعليمها في رياض الأطفال "، مجلة كلية التربية بالإسكندرية ، عدد (٣)، ١٩٩٠، ص ٩٢.

(٢) جو آن برور ، تربية وتعليم الطفولة المبكرة – من مرحلة ما قبل المدرسة وحتى الصفوف الأولى ترجمة إبراهيم فرج الزريقات ، سهى أمين نصر،عمان : دار الفكر، ٢٠٠٥م ص ص ٥٨- ٥٩.

(٣) فتحية حسن سليمان، تربية الطفل بين الماضي والحاضر، القاهرة: دار الشروق، ١٩٧٩م، ص ١٧٨.

ومع بداية الحرب العالمية الثانية (١٩٣٧- ١٩٤٥)، كان من المهم إجلاء الأطفال من البلدات والمدن بسبب خطر القصف الجوي، فحاولت الحكومات العمل على إيجاد مؤسسات، ودور رعاية للأطفال، ففي بريطانيا حاولت الحكومة توفير مراكز حضانة للأمهات والأطفال النازحين، وبحلول نهاية الحرب كانت ١٤٥٠ حضانة قد أقيمت خلال الحرب، كل منها ترعى الأطفال من الميلاد إلى سن الخامسة، وتعمل من الساعة السابعة صباحًا حتى الساعة السابعة مساءً، وقدرت تكاليفها بـ (١٠) ملايين جنيه إسترليني على مدار سنوات الحرب.(١)

كما ظهر في الولايات المتحدة الأمريكية حركة (لانهام) التي أنشأت مدارس حضانة للأطفال حتى يمكن للأمهات المشاركة في الجهد الحربي والعسكري،(٢) ولكن بنهاية الحرب العالمية الثانية حدثت مجموعة من التغيرات الهامة بالنسبة لمدارس الحضانة ، حيث توقف التمويل الحكومي لها، فقام الآباء بتحمل وطأة الدعم المادي للبرامج، فأصبح الكثير من الأسر الفقيرة غير قادر على المشاركة، مما جعلها تتحول تدريجيًا إلى مؤسسات للأغنياء بدلا من الفقراء، ونتيجة للظروف الصعبة بعد الحرب العالمية الثانية فإن الجوانب الصحية لمدارس الحضانة قد أهملت، وتم اختزال البرامج إلى نصف الأيام، ففي أكثر الأحيان تم اختزال برامج الخمسة أيام إلى برامج اليومين والثلاثة أيام.(٣)

إلا أنه ابتداء من أوائل الستينات عاد الاهتمام ببرامج مدارس الحضانة وذلك بناء على اهتمام علماء النفس، والتربويين، والمتخصصين في دراسات الطفولة، والمحللين النفسيين، وعلماء الأجناس، وعلماء التغذية، والعاملين في مجال الخدمة الاجتماعية، والتي أكدت على أن العوامل البيئية الهدامة والسلبية تؤثر تأثيرًا سيئا على مستوى ذكاء الطفل وعلى دوافعه وقدرته على التعليم وعلى تكوين فكرة طيبة عن نفسه وعلى علاقته بالآخرين ثم على صحته فيما بعد، ومن ذلك المنطلق بدأ الاهتمام يتزايد بتربية أطفال الطبقات الفقيرة المحدودة الدخل بذلك المشروع الضخم المعروف بـ (*HEAD START*)

---

(1)*Helen Penn , Understanding early childhood: issues and controversies, Maidenhead, Op.Cit, P. 121.*

(٢) جو آن برور ، تربية وتعليم الطفولة المبكرة – من مرحلة ما قبل المدرسة وحتى الصفوف الأولى، مرجع سابق، ص ٦٣.

(3)*Linda G. Kunesh, A historical Review of Early intervention, Op.Cit.,PP. 18-19.*

أو البداية الرئيسة، والذي بدأ في عهد الرئيس جونسون عام ١٩٦٥، وقد التحق بمراكز الحضانة الخاصة بالمشروع (٦٢٥٠٠٠) من الأطفال الفقراء في فترة الصيف الأول من بداية المشروع.[١]

ونتيجة الاهتمام المتزايد بالأطفال المعرضين للخطر، والأطفال ذوي الإعاقة أصبحت رعاية هؤلاء الأطفال من ضمن اهتمامات العديد من الحضانات، فقد قدم الاتحاد التربوي للعمال *Worker's Education Association* عام ١٩٧١ مجموعة من الأسباب التي تدعو لإلحاق الأطفال بمدارس الحضانة والتي تتمثل في: [٢]

أ - إن الذهاب إلى مدارس الحضانة يزود الأطفال ببيئة مثيرة عندما يتمكنون من الاختلاط بالأطفال الآخرين، ويستمتعون بوجود الفراغ الواسع وأدوات اللعب، كما سيحظون بالرعاية المحترفة والتأثير التربوي لأشخاص مهرة.

ب- يحتاج الأطفال إلى فرص للتعرف على الناس خارج نطاق أسرهم، وتكوين علاقات معهم، وغير ذلك من إغناء عواطفهم.

جـ- يستفيد الأطفال من الرعاية الجسدية والطبية لعاملين مدربين بأسلوب محترف.

د - ثمة أطفال ذوي ظروف خاصة يستطيع تعليم الحضانة أن يعوضهم عنها مثل حالات : الأطفال الذين يعيشون في عزلة وفي بنايات شاهقة ، أطفال الأمهات العاملات ، الأطفال المحرومين ثقافيًا ، الأطفال القادمين من بيوت مزدحمة ، أطفال ينتمون إلى بيئات فقيرةٍ، أطفال معاقين عقليًا أو جسديًا ، أطفال من أسر مهاجرة إلى البلاد حديثًا.

وبذلك ومن خلال ما سبق يتضح أن حركة مدارس الحضانة اهتمت بقضية الأطفال المعاقين منذ إنشائها في مطلع القرن العشرين إلا أن ذلك الاهتمام كان بجهود فردية وبمبادرات إنسانية، وبداية من فترة الستينات من القرن الماضي أصبحت مدارس الحضانة تهتم بقضية التدخل المبكر نتيجة الاهتمام المتزايد بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وذلك بتوفير برامج تربوية لأطفال الطبقات الفقيرة المحدودة الدخل، والأطفال المعرضين للخطر، والأطفال المعاقين، خلال السنوات الأولى من حياتهم، وذلك لإعدادهم صحيًا

---

(١) فتحية حسن سليمان، تربية الطفل بين الماضي والحاضر ،مرجع سابق، ص ص ١٩٥- ١٩٨.

(٢) محمد محمد الخوالدة، أهداف تربية الطفولة المبكرة وأساليب تعليمها في رياض الأطفال،مرجع سابق، ص ٨٩.

ونفسيًا وعقليًا ووجدانيًا للتعليم، حيث تبنى المجتمع الأمريكي العديد من الأفكار التي تنادي بأنه لا يجب أن يحكم على هؤلاء الأطفال بالفشل بسبب عدم تعويضهم عما ينقصهم من معرفة أو مهارة لغوية أو ما يعانون منه بسبب قصور جسمي أو عقلي أو ما يفتقدونه من علاقات إنسانية سليمة، أو من سلوك اجتماعي مقبول.

- حركة مراكز الرعاية النهارية: *Day care centers Movement*

أدت زيادة الأمهات العاملات أثناء الحرب العالمية الأولى وبعدها إلى نمو سريع لمراكز الرعاية النهارية في الولايات المتحدة الأمريكية وذلك بسبب النمو السريع للصناعة حيث كانت هذه المراكز ضرورية لتلبية رغبة الأمهات في رعاية أطفالهن عند خروجهن للعمل خارج المنزل. ولم يكن لمعظم هذه المراكز – في ذلك الوقت – برامج تربوية حيث كانت تخدم أغراضًا اجتماعية، وكانت تختلف هذه المراكز التي يمكن اعتبار عملها إنسانيًّا واجتماعيًا عن مدارس الطفولة ذات البرامج التربوية المنظمة والأدوات والأنشطة التعليمية، والتي يشرف عليها مختصون في تربية الطفل، وقد ساعد على انتشار هذه المراكز فيما قبل عام ١٩٢٠م التوسع الكبير في خروج الأمهات للعمل من ناحية، ومن ناحية أخرى رغبة العديد من الأمهات في التحرر لبعض الوقت من المسؤولية عن أطفالهن أثناء النهار.(١)

ومع بداية الثلاثينات، وخلال فترة الكساد الكبير سعت الحكومة الفيدرالية إلى إنشاء العديد من مراكز الرعاية النهارية، وذلك بهدف توفير وظائف للبالغين العاطلين عن العمل، وزاد الاهتمام بإنشاء هذه المراكز خلال الحرب العالمية الثانية لتوفير مكان لرعاية أطفال الأمهات اللاتي يعملن في إنتاج المواد المستخدمة في الحرب وليس بسبب قناعة الحكومة الفيدرالية بأهمية توفير التربية المبكرة للأطفال فيما قبل المدرسة، فبعد انتهاء الحرب ألغت الحكومة دعمها لبرامج مراكز الرعاية النهارية، ونصحت الأمهات بالعودة لرعاية أطفالهن في المنزل.(٢)

---

(١) فتحية حسن سليمان، تربية الطفل بين الماضي والحاضر ،مرجع سابق، ١٨٣- ١٨٤.

(٢) *Marlys Ann Boschee, Geralyn M. Jacobs ,child care in the unites states: yesterday and today , national network for child care.*
> (27-5-2010)<http://www.nncc.org/Choose.Quality.Care/ccyesterd.html

إلا أنه وبنهاية الحرب العالمية الثانية أخذت الحكومة تعيد النظر في الدور التقليدي لسياسات وبرامج الطفولة المبكرة، فإلى جانب توفير الحماية للأطفال المهملين وإثراء تعليم أطفال الطبقة الوسطى، بدأ يتبلور محور ثالث مع زيادة أعداد النساء العاملات في القطاع النظامي الراغبات في أن يحصل أطفالهن الصغار على قدر من الرعاية اللائقة بتكاليف مقبولة، وشيئًا فشيئًا أعيد توجيه المؤسسات قبل المدرسية لكي تتلاءم مع احتياجات الأهالي العاملين عن طريق توفير الرعاية الأساسية للطفل خلال ساعات العمل، وقد ساعدت الحكومة النساء على الانخراط بأعداد متزايدة في القوى العاملة عن طريق توفير مراكز لرعاية الأطفال صغار السن، ومرة أخرى عادت مراكز الرعاية النهارية للازدهار.(١)

وأصبح يطلق عليها في كثير من الأحيان مراكز رعاية الطفل *Child care centers*، وصارت غالبية هذه المراكز تفتح أبوابها في الصباح الباكر، وتظل مفتوحة حتى الساعة السادسة أو السابعة مساءً تقريبًا، وبعض المراكز تقدم رعايتها للأطفال طوال اليوم ، كما تقدم بعض المراكز خدمة للأمهات اللاتي يحتاج أطفالهن للرعاية خلال المساء أو ساعات الصباح الباكر، وهذه الخدمة غالبًا ما يتم الاتفاق عليها مسبقًا. ويعتمد البرنامج الذي يقدمه مركز رعاية الطفل على الخلفية التربوية ومهارات المعلمات، وتتدخل الولاية في التخطيط لبرامجها، كما تهتم هذه المراكز بتوفير البيئة الآمنة للطفل. وعلى نحو مثالي يجب أن يغطي البرنامج كل حاجات النمو البدنية، والمعرفية، والاجتماعية، والانفعالية، وأن يركز البرنامج على تنمية الشخصية المتكاملة للطفل من خلال الأنشطة المتوازنة.(٢)

كما كانت هذه المراكز تحرص على حماية صغار الأطفال من انتشار الأمراض المعدية، حيث كانت تستبعد الأطفال المرضى، فقد أشارت إحدى الدراسات التي تم إجراؤها على (٨٩) مركزًا من مراكز الرعاية النهارية المرخصة في منطقة نيوهافين *New Haven* بولاية كونيكتيكت *Connecticut*، والتي كانت ترعى الأطفال من عمر ثلاث إلى خمس سنوات، إلى أن هذه المراكز كانت تستبعد الأطفال الذين يعانون من الحمى

---

(1)*Nicholas Burnett & Others , strong foundations: early childhood care and education, education for all global monitoring report 2007, Op.Cit.,P.122.*

(٢) محمد متولي قنديل،رمضان مسعد بدوي،أساسيات المنهج في الطفولة المبكرة،عمان: دار الفكر، ٢٠٠٣م، ص ٦٩.

بنسبة (١٠٠%)، أما الأطفال الذين تظهر عليهم علامات السعال وسيلان الأنف فكانت تستبعد من هؤلاء الأطفال ما نسبته (٣٠ %)، إلا أنها كانت تعتمد على تقدير الوالدين للسماح للطفل المريض في العودة إلى المركز.[(١)]

وقد تطور دور هذه المراكز حتى أصبح لها دورًا ملموسًا تجاه الأطفال المعاقين فوفقًا لما أعلنته وزارة التربية بالولايات المتحدة الأمريكية من أنه نظرًا لأن تلك البرامج التي تقدم في مرحلة ما قبل المدرسة، وبرامج الرعاية النهارية قد أصبحت واسعة الانتشار فإن ذلك قد أدى إلى زيادة أعداد الأطفال ذوي الإعاقات الذين تم استيعابهم في البيئات الطبيعية، وذلك مع أقرانهم غير المعاقين أي العاديين، وعلى هذا الأساس تصبح برامج الدمج أو برامج الاحتواء التي يتم تقديمها في مراكز الرعاية النهارية تعد بمثابة نمط آخر من أنماط البرامج التي يتم تقديمها للأطفال ذوي الإعاقات فيما قبل المدرسة.[(٢)]

ومما سبق يلاحظ أن حركة مراكز الرعاية النهارية، ومدارس الحضانة تخدمان نفس الفئة العمرية من الأطفال لذا تأثرت كل منهما بظروف المجتمع كما أثرت كل منهما في الأخرى، كما يلاحظ أنه لا يوجد رواد ومفكرون كبار مشاركون في تنمية خدمات مراكز الرعاية النهارية كما هو في حركتي رياض الأطفال ومدارس الحضانة، وربما يرجع ذلك إلى أن مراكز الرعاية النهارية نشأت نتيجة للظروف الطارئة والتطورات الاقتصادية التي مر بها المجتمع الأمريكي، وليس نتيجة لجهود المفكرين المهتمين بتربية الطفل، إلا أنه أصبح لها مؤخرًا دورًا تجاه الأطفال المعاقين.

وبذلك ومن خلال تناول المؤلف لأهم الحركات التربوية المرتبطة بالطفولة المبكرة، وخاصة في أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية يتضح أن أمر تعليم الطفولة المبكرة بدأه أناس كانوا معنيين قبل كل شيء بمتاعب الأطفال الفقراء وآلامهم وكذلك بالأطفال المحرومين، والمعاقين، وكان أكثر ما يشغل بال هؤلاء القادة الأوائل هو إبعاد أعداد كبيرة من الأطفال في الأحياء الفقيرة الصناعية عن الشوارع ووضعهم في أماكن آمنة.

إلا أن أمر رعاية الطفولة المبكرة انتقل من مسؤولية الأوساط الخيرية والجهود الفردية بدءًا من القرن الثامن عشر، إلى مسؤولية السلطات الحكومية في القرن العشرين، ولاسيما بعد الحرب العالمية الثانية، كمحاولة لحل

---

(1) *Eugene D.shapiro , Exclusion of ill children from Day – Care centers , policy and pediatrics , December 1984 , Vol. 23 , N. 12: pp.689 -691.*

(٢) دانيال. ب. هالاهان، جيمس.م. كوفمان، سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم، مرجع سابق، ص١٣٩.

المشكلات التي نتجت عن التصنيع والتمدن، والتي أثرت على الأطفال الصغار، وقد ساعد على ذلك تطور مفهوم التربية في الطفولة المبكرة، فقد أصبح ذلك المفهوم تأكيدًا لحقوق الطفل، ومدخلاً للتنمية البشرية، وبالتالي أساس لتنمية المجتمع.

ومع بداية الستينات تزايد الاهتمام بصغار الأطفال، وبخاصة المعرضين لخطر الإعاقة منهم، وذلك نتيجة ظهور العديد من الأبحاث والدراسات العلمية في العلوم النفسية والتربوية التي قدمت أدلة قاطعة على أن لطبيعة الخبرات في مرحلة الطفولة المبكرة تأثيرات بالغة وطويلة المدى على تعلم الإنسان ونموه، كما قدمت هذه الأبحاث أدلة قوية حول الدور القوي للعوامل البيئية في السنوات الأولى من العمر في تغيير مسارات النمو.

ففي عقد الستينات صدر كتابان كان لهما أصداء واسعة وتأثيرات عميقة على النظرة إلى القابليات التعليمية والأداء العقلي وبالتالي على برامج التربية في مرحلة الطفولة المبكرة. الكتاب الأول صدر عام ١٩٦١، والذي كان بعنوان (الذكاء والخبرة) وقد بين فيه جوزيف هنت ***Hunt*** أن الذكاء الإنساني متغير وليس ثابتًا. أما الكتاب الثاني فصدر عام ١٩٦٤ وهو بعنوان (الثبات والتغير في الخصائص الإنسانية) والذي أكد فيه بنجامين بلوم *Bloom* إمكانية التنبؤ بالذكاء المستقبلي مع بلوغ الطفل السادسة من عمره تقريبًا وأن هذه الإمكانية تكون أقل كلما كان العمر الزمني للطفل أقل ما يعني أن الذكاء يكون أكثر قابلية للتأثر بالعوامل الخارجية في السنوات الأولى من العمر، إضافة إلى ذلك فإن دراسات علمية مستفيضة بينت أن الخبرات في الطفولة المبكرة تحدث تغييرًا كبيرًا في النمو من حيث معدله أو تسلسله أو نوعيته.[١] ونتيجة لتلك الأدلة العلمية أبدى الباحثون والممارسون في ميدان تربية الطفولة المبكرة اهتمامًا متزايدًا ببرامج التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقات المختلفة.

ثانيًا: التربية التعويضية في الطفولة المبكرة:

Compensatory education for Handicapped children

إذا كان الفقر والحرمان هما نصيب أبناء الأسر الفقيرة والمحرومة، فإن هناك حل واحد لهذه المسألة الشائكة، وهو التدخل أو التعويض، وهذا التعبير العام وجد التطبيق في العديد من البرامج، والتي هدفت جميعها إلى

---

(١) جمال الخطيب، منى الحديدي، التدخل المبكر: مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، مرجع سابق، ص ص ١٩ – ٢٠.

كسر ما أصبح يعرف بدورة الفقر. وتنطلق هذه البرامج من المبدأ القائل بأن المساواة في الفرص التربوية التي تفسر بالمساواة في التسهيلات والخدمات لا تؤدي إلى المساواة في التحصيل المدرسي، وفي القناعة بأن الفوارق التي تعود إلى البيئة – لا إلى الوراثة العضوية – هي فروق قابلة للتعديل. وهذه الحجة جوهرية للذين يدعون إلى نشر التربية ما قبل المدرسية بصفتها تدخلاً مبكرًا في تعلم الأطفال يعوض ما فاتهم في حياتهم المنزلية.[1]

وينظر تاريخيًّا إلى دراسة سكيلز، وداي *Skeels& Dye* سنة ١٩٣٩ على أنها أول دراسة رائدة بينت أهمية البرامج التعويضية *Compensation Programs* في الطفولة المبكرة، فقد أخذ الباحثان طفلين في الشهر الثالث عشر، والسادس عشر من العمر، من ملجأ ووضعاهما في رعاية امرأتين بدار لرعاية الفتيات المتخلفات عقليًّا، وتركا طفلين مماثلين لهما في الملجأ، ثم تابعا نمو ذكاء الأطفال الأربعة لمدة خمس سنوات فوجدا أن نسب ذكاء الطفلين اللذين حصلا على الرعاية الفردية في دار رعاية الفتيات تحسنت كثيرًا. أما ذكاء طفلي الملجأ فلم يتحسن في السنوات الخمس، وقد فسر سكيلز، وداي تحسن ذكاء الطفلين الأولين بالرعاية التي حصلا عليها وما توفر لهما من خبرات ومنبهات معرفية، حرم منها الطفلان الآخران اللذان تركا في الملجأ بدون رعاية أو خبرات معرفية.[2]

ثم توالت بعد ذلك الدراسات التي أثبتت نتائجها كفاءة مجموعة متنوعة من تلك البرامج في تحسين الجوانب المعرفية، والوجدانية، والاجتماعية للأطفال المعرضين للخطر بسبب الفقر.

ففي بداية الستينات، انشغل علماء النفس والتربويون بقضية تأثير البيئة الأسرية الفقيرة على نمو الأطفال الذهني، وما تؤديه من عدم تكافؤ في الفرص التعليمية لهؤلاء الأطفال مقابل الأطفال في الأسر الميسورة، حتى قبل التحاقهم بالمدارس، وقد نادى هؤلاء ومنهم (بنجامين بلوم)، و(هانت)، و (دويتش) إلى معالجة هذه القضية من خلال برامج تدخل مبكر. فقد أكد هؤلاء، أنه بسبب النمو السريع للطفل في مراحل الطفولة الأولى، وتأثره ببيئته المباشرة، فإن الذكاء والعمليات الذهنية تنمو وتتطور عنده حسب نوعية البيئة التي يوجد فيها، وما يتوافر فيها من وسائل

---

(١) ملكة أبيض، الطفولة المبكرة والجديد في رياض الأطفال ،مرجع سابق، ص ص ٦٨ -٦٩.

(٢) كمال إبراهيم مرسي، التدخل المبكر في رعاية التخلف العقلي ودور الإرشاد النفسي فيه، المؤتمر الدولي الأول" قضايا ومشكلات الإرشاد النفسي"، مج ١، مركز الإرشاد النفسي جامعة عين شمس، القاهرة:٢٦-٢٨ ديسمبر١٩٩٤م، ص ص ١٩٩- ٢٢٨.

ومن طبيعة العلاقات مع الأهل، ومستوى ذكاء هؤلاء ومكونات لغتهم، وأن هذه البيئة تنعكس على أداء الطفل المدرسي فيما بعد. وأن برامج للتدخل المبكر بين الأطفال في البيئات الفقيرة، يمكن أن تؤدي إلى تسريع عملية نمو الطفل وبالتالي إلى تحسين أدائه المدرسي.(١)

وقد أدت هذه الأفكار، وتلك الدراسات إلى ظهور حركة البرامج التعويضية *Compensation Programs* في التعليم المبكر، وذلك في منتصف ستينات القرن العشرين، وتقوم هذه البرامج على فكرة إمكانية تعويض الأطفال عما ينقصهم في بيئاتهم الفقيرة أو المحرومة ثقافيًّا، واجتماعيًّا، والمحدودة من حيث فرص النمو وتمثل البرامج التعويضية لأطفال هذه البيئات قيمة كبيرة جدًا لأنها تعوضهم عما حرموا منه، وتكاد تصل بهم إلى مستوى الأطفال الآخرين العاديين، وتهتم التربية التعويضية بالآباء أيضًا لأنهم محرومون كذلك ويحتاجون إلى الخدمة التربوية من ناحية، وليستطيعوا أن يساعدوا في تربية أبنائهم وتيسير تعلمهم ورعاية نموهم من ناحية أخرى.(٢)

وبذلك فإن التربية التعويضية للطفولة المبكرة تشير إلى تلك البرامج التربوية المصممة لتعويض النقائص الحقيقية أو المتوقعة في الخبرات المبكرة للأطفال المحرومين، وهذه البرامج موجهة للأطفال ذوي الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية المتدنية، وكذلك لأسرهم، وفيما يلي سوف يتناول المؤلف ثلاثة مشروعات رئيسية لهذه البرامج والتي أثرت في تطور مفهوم التدخل المبكر وما ارتبط به من مؤسسات.

- مشروع البداية الرئيسية *Head start*:

إن أكثر الروابط التاريخية وضوحًا بين التعليم العام والتدخل المبكر ربما تتمثل في مشروع *Head Start*، وهو المشروع الذي قامت الحكومة الفيدرالية بتدشينه في عام ١٩٦٥م بهدف تلبية احتياجات الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة ممن ينحدرون من أسر منخفضة الدخل. وقد بقي هذا المشروع أحد أشهر البرامج الاجتماعية الحكومية بالولايات المتحدة الأمريكية، ويقوم المشروع على مبدأ أساسي مؤداه أن التدخل التربوي المبكر

---

(١) نجلاء نصير بشور، التعليم المبكر في لبنان – دراسة ميدانية في التنوع الثقافي، بيروت: مؤسسة تلة ١٩٩٦م، ص ص ٥٠-٥١.

(٢)علاء الدين كفافي، وآخرون، الارتقاء الانفعالي والاجتماعي لطفل الروضة ، مرجع سابق، ص ص ٥٣-٥٤.

من شـأنه أن يحـول دون حـدوث الفشـل فـي المدرسـة، ومـا قد يـرتبط بـه مـن مشكلات نمائية.[١]

وقد عـرف القـائمون علـى البرنـامج منـذ البدايـة، أن البرنـامج يجـب أن يكون شاملاً إذا ما أريد منه تحقيق مكاسب في كسر حلقة الفقر. لقد عرفوا أن على البرنامج أن يصل إلى جميع جوانب حياة الطفل، وأن جهودهم يجب ألاَّ تقتصر على ما يجري في محيط المدرسة، كما كانت تفعل البرامج التقليدية. وهكذا فـإن برنـامج البدايـة الرئيسـية *Headstart* احتـوى دائمًـا العديـد مـن الخدمات التـي لـم تكـن موجـودة فـي البـرامج التـي سـبقته. فبـالرغم مـن أهميـة العناصر التربوية التقليدية نظر إليهـا علـى أنهـا واحـد مـن الجوانـب الأساسـية العديدة في برنامج البداية الرئيسة *Head start*. فقد كـان علـى البرنـامج أن يلبي حاجات الطفل لا في إطار المدرسة نفسها فحسب، بـل فـي إطـار المنـزل والبيئة الاجتماعيـة أيضًـا وكـان عليـه أن يكـون مرنًـا، قـادرًا علـى التكيـف مـع الظروف المختلفة. لذلك لم يكن من الممكن أن ينظم عن طريق قرارات عليـا تنفذ في جميع المراكز المقامة في أرجاء البلاد، بل كـان مـن الضـروري أخـذ ظروف الأهل والأطفال في كل منطقة بالحسبان.[٢]

وقـد وضـع المشـروع بحيـث جعلـت فتـرة تعلـيم الصـغار فـي المراكـز الخاصة به ثمانية أسابيع تمتد إلى فترات أطول بحيث تمتد إلـى سنة دراسية وفق الإمكانـات المتاحـة فـي كـل ولايـة. ولقد نجح هذا المشروع في اجتذاب الانتباه وإثارة الاهتمام والحماس من قبل المربين المختصين بتربية الأطفال ؛ إذ اشتركوا بكل ما لديهم من عزيمة في وضـع برامجـه وفـي توجيـه المعلمـات المسئولات عن تنفيذ البـرامج بـل واشـتركوا فـي التنفيذ أيضًـا رغبـة منهم فـي الوصـول إلـى إعداد بـرامج مناسبة تقوم بتعويض المحـرومين الصـغار عمـا يفتقدونـه فـي بيئـاتهم الفقيـرة، وفـي أسـرهم المفككـة المحـدودة الـدخل والثقافـة، ومجـتمعهم الملـيء بعوامـل تسـيء إلـى صـحتهم الجسـمية وقـيمهم الأخلاقيـة والاجتماعية.[٣]

ولقد توسع مشروع *Head Start* إلى حد كبير، حيث أصبح فـي عـام ٢٠٠٧م مـا يقـارب مـن ٩٠٨,٠٠٠ طفـل فـي جميـع أرجـاء الولايـات المتحـدة الأمريكية

---

(١)دانيال. ب. هالاهان، وآخرون، صعوبات التعلم: مفهومها – طبيعتها – التعليم العلاجي ، مرجع سابق، ص ٢٤٨.

(٢) ملكة أبيض، الطفولة المبكرة والجديد في رياض الأطفال ،مرجع سابق، ص ص ٧٠ -٧١.

(٣) فتحية حسن سليمان، تربية الطفل بين الماضي والحاضر،مرجع سابق، ص ص ١٩٨- ١٩٩.

يلتحقون بالبرنامج، والذي رصدت له ميزانية قدرها ٦,٩ مليار دولار، كما بلغت تكلفة الطفل الواحد ٧٣٢٦ دولار، ويعمل البرنامج جاهدًا لمشاركة آباء الأطفال فيه، حيث تصل نسبة الآباء المسجلين ٢٧% من العاملين بالبرنامج حتى عام ٢٠٠٦م.(١)

وبذلك فإن مشروع *Head Start* كان عملاً وقائيًّا وتعويضيًّا في نفس الوقت حيث كان يحمي الأطفال الفقراء والمحرومين من آثار الحرمان المادي والثقافي والعاطفي، كما كان يعوض هؤلاء الأطفال عن نواحي النقص التي يعانون منها والناتجة عن ذلك الحرمان بسبب العوامل المختلفة المؤثرة في بيئتهم، لذا فإن مشروع *Head Start* ينظر له على أنه الأساس لغيره من البرامج التربوية التي يتم تقديمها للأطفال المعرضين للخطر أو الإعاقة.

- مراكز الأمومة والطفولة *Parent and child centers*:

بدأت في عام ١٩٦٧م واستهدفت الأطفال من الميلاد وحتى سن الثالثة، قبل التحاقهم ببرنامج *Head Start*، وكانت هذه المراكز تهدف إلى التدخل المبكر من خلال الخدمات الطبية والأنشطة المحفزة لتجنب آثار التنشئة الخاطئة المحتملة في بيئات الأطفال الفقراء، كما كانت هناك عناصر إضافية للبرامج تتمثل في تقديم مجموعة من الأنشطة للوالدين.(٢)

وفي عام ١٩٩٥م قام الرئيس كلينتون *Clinton* بإطلاق مشروع *Early Head Start* لتقديم الرعاية للأطفال الرضع والأطفال تحت عمر الثالثة للأسر ذات الدخل المنخفض، وذلك بهدف التنمية الشاملة للطفل من خلال الزيارات المنزلية وتدبير العلاج للأطفال المتأخرين نهائيًّا، وتوفير التعليم والتدريب للأبوين، بالإضافة إلى إحالة الأطفال المحتاجين إلى رعاية خاصة إلى مراكز التدخل المبكر، وفي عام ٢٠٠٤م شارك ٦٢,٠٠٠ طفل تحت عمر الثالثة في ٧٠٨ برنامج للتدخل المبكر في أرجاء الولايات المتحدة الأمريكية.(٣)

---

(1) *Sharon L. Kagan, Jeanne L. Reid , Advancing ECE Policy: Early Childhood Education (ECE) and its Quest for Excellence, Coherence, and Equity (ECE), Paper commissioned by the Center on Education Policy, Washington, D.C.For its project on Rethinking the Federal Role in Education, November 19, 2008, P. 7.*

(٢) *Linda G. Kunesh, A historical Review of Early intervention, Op.Cit.,p.21.*

(3) *Carla A. Peterson &others ,"Early Head Start: Identifying and Serving Children with Disabilities", Topics in early childhood special education ,v.24,n.2, July 2004 ,p. 77.*

• مشروع الفحص الدوري المبكر: **Early Periodic Screening**

بالتعاون بين الكونجرس، والحكومة الاتحادية في إطار الحرب على الفقر وفي سنة ١٩٦٧م تم إنشاء برنامج الفحص الدوري المبكر، التشخيص والعلاج *Early Periodic Screening , Diagnosis and Treatment (EPSDT)*، وكان الغرض من البرنامج إزالة الحواجز المادية أمام الأسر الفقيرة للحصول على الرعاية الصحية لأطفالها، وضمان وصول الخدمات الوقائية الشاملة للأطفال المحتاجين بهدف ضمان تطورهم ونموهم، وتشمل الخدمات الصحية: الفحوصات الكاملة للأطفال، والتطعيم، وتقديم العلاج الطبي والخدمات اللازمة لمشكلات النمو التي قد تظهر أثناء الفحص، بالإضافة للتثقيف الصحي للآباء بشأن أساليب وطرق توفير النمو الطبيعي لأطفالهم.(١)

وفي بداية عام ١٩٧٤م تعاون هذا البرنامج مع مشروع ***Head Start***، وذلك لمساعدة الأسر الفقيرة في تقديم الخدمات لأطفالها، حيث كان يتم فحص الأطفال فيما قبل المدرسة لتقويم حالتهم الصحية، وإحالة المعرضين للإعاقة منهم إلى برامج التدخل المبكر لتلقي الرعاية اللازمة.(٢)

مما سبق يتضح مدى اهتمام الولايات المتحدة الأمريكية بالبرامج التعويضية للأطفال المحرومين، إلا أن هذا الاهتمام سرعان ما انتقل إلى أوروبا ففي المملكة المتحدة أقامت المؤسسة الوطنية للبحث التربوي *The National Foundation For Education Research (NFER)* مشروعًا تعويضيًّا مماثلاً للبرامج الأمريكية من حيث الأغراض والطريقة، والذي قام على إفتراض أن القصور اللغوي لدى أبناء الطبقات المحرومة يمثل عاملاً أساسيًّا في تقصيرهم الدراسي، لذا فإنه إذا أريد إعداد الأطفال المحرومين للنجاح تربويًّا، فمن الضروري تعويدهم على اللغة المتقنة في سن مبكرة، ومن البرامج اللغوية التي حظيت بالاهتمام مجموعة تسمى *(The Peabody Language Development Kit , Levels)*، والتي تم تطويرها عام ١٩٦٨ م، للإستخدام مع الأطفال المحرومين والمتخلفين

---

(1) Roberta Riportella-Muller &Others , " Barriers to the use of preventive health care services for children " , public health reports ,v.111(1) ; Jan- Feb 1996, PP. 71-72.

(2) Linda G. Kunesh, A historical Review of Early intervention, Op.Cit.,p.21.

في سن ما قبل المدرسة، وقد أدخل هذا البرنامج إلى عدة مؤسسات للتربية ما قبل المدرسية بصفته جزءًا من مشروع للتدخل.[١]

مما سبق ومن خلال تناول المؤلف لتطور التربية التعويضية في الطفولة المبكرة، يلاحظ أن برامج التربية التعويضية المقدمة للأطفال المعرضين لخطر الإعاقة من الأسر ذات الدخل المنخفض دفعت الجهود لتخطيط وتنفيذ برامج للتدخل المبكر من خلال العديد من المشروعات الرائدة، والتي ساهمت بدورها في ترسيخ الأفكار المطالبة بتوفير تربية مبكرة للأطفال المعاقين، وزيادة أعداد مراكز التدخل المبكر لتوفير الخدمات اللازمة لهؤلاء الأطفال.

ثالثـًا: التربية الخاصة للأطفال المعاقين:

Special education for handicapped children

ترجع الجذور التاريخية للتربية الخاصة في الأساس إلى أواخر القرن الثامن عشر، وإلى تلك السنوات الأولى التالية لعام ١٨٠٠م ، فالأساليب التربوية المعاصرة التي يتم استخدامها مع الأطفال المعاقين تعود جذورها إلى تلك الأساليب الرائدة والتي تم استخدامها في القرن التاسع عشر، فمعظم الأمور الحيوية والجدلية التي تتعلق بهم كانت قد أثيرت أساسًا منذ بداية الاهتمام بالتربية الخاصة، لذا يعد تاريخ التربية الخاصة على درجة كبيرة من الأهمية في سبيل فهم مثل هذه الموضوعات التي تتم إثارتها في الوقت الراهن والتي يعتبر التدخل المبكر أهمها.[٢]

حيث يعد الراهب دي ليبي *Abbe De L'Epee* أول من أنشأ مدرسة خاصة بتربية وتعليم الأطفال الصم، وكان ذلك بباريس سنة ١٧٦٠ م، ولم تمض خمس وعشرون سنة على إفتتاح أول مدرسة للصم حتى افتتحت بباريس أول مدرسة خاصة بتعليم المكفوفين وكان ذلك عن طريق (*ValentinHauy*) سنة ١٧٨٥م، أي قبل أربع سنوات من الثورة الفرنسية، أما رعاية وتربية المعاقين ذهنيًا فلم تتبلور وتنتشر إلا بعد منتصف القرن التاسع عشر الميلادي أثر دراسات قيمة لثلاثة من الأطباء الفرنسيين الذين

---

(١) ملكة أبيض، الطفولة المبكرة والجديد في رياض الأطفال ،مرجع سابق، ص ٧٤.

(٢) دانيال. ب. هالاهان، جيمس.م. كوفمان، سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم، مرجع سابق ص ص ٦٢- ٦٣.

يعتبرون من الأطباء الرائدين عالميًّا في مجالات تربية المعاقين وهم *J. Itard*، والطبيب *Esqirop*، وأبرزهم *Dr.E.Seguin* الذي تتلمذ على يد *Itard*، ونشر عدة دراسات خاصة بتربية وعلاج المعاقين ذهنيًّا، كما كان له الفضل في نشر التربية الخاصة بالولايات المتحدة الأمريكية التي هاجر إليها بعد الثورة الفرنسية الثانية عام ١٨٤٨م، ولقد أشرف على أول مدرسة لتربية المتخلفين ذهنيًّا بأمريكا في ولاية بنسلفانيا *Pennsylvania* سنة ١٨٦٠.(١)

ولأن التربية الخاصة كنظام تربوي لم تظهر بشكل مفاجئ كما أنها لم تتطور بمعزل عن الأنظمة التربوية الأخرى، فقد كان لظهور علم النفس، وخاصة بداية استخدام الاختبارات العقلية في السنوات الأولى من القرن العشرين انعكاساته وتطبيقاته المتعددة التي ساهمت كثيرًا في تطور التربية الخاصة.

فمع بداية القرن العشرين وفي عام ١٩٠٤م شكلت وزارة التعليم الفرنسية لجنة لدراسة الأطفال المتخلفين دراسيًّا في المدارس الفرنسية. واقتراح أفضل الوسائل لعلاج تخلفهم، وقد قررت اللجنة أنه لا يمكن الحكم على تخلف أي من الأطفال عقليًّا إلاَّ إذا توافرت لهذا الغرض بعض الاختبارات وقد عهد ببناء هذه الاختبارات وتطبيقها إلى (الفرد بينيه *Alfired Benet*) (١٨٢٧-١٩١٤)، وقد استطاع بينيه بناء أول مقياس للذكاء وهو (مقياس بينيه – سيمون)، وقد صممه (بينيه) مع (تيودر سيمون *Teodre Simon*) ونشره عام ١٩٠٥م، وقد أعاد (لويس ترمان *Lewis Terman*)(١٨٧٧-١٩٥٦) تقنين مقياس (بينيه – سيمون) في الولايات المتحدة الأمريكية ونشره عام ١٩١٦م تحت اسم اختبار (ستانفورد – بينيه) للذكاء نسبة إلى جامعة (ستانفورد) التي كان يعمل بها.(٢)

وقد جرت عدة تعديلات على المقياس بعد ذلك، حيث عدله (روبرت أيرون) عام ١٩٢٣م ليصبح صالحًا لقياس المكفوفين، (٣) كما جرت مراجعات أخرى للمقياس في أمريكا في الأعوام ١٩٣٧، ١٩٦٠

(١)يوسف القروي، مؤشرات وملامح من التجربة العالمية في مجال تأهيل المعاقين، البحث السابع في كتاب " الإعاقة ورعاية المعاقين في أقطار الخليج العربية " سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية، العدد (١٧)، مكتب المتابعة لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية الدول العربية الخليجية، المنامة، ١٩٩١م، ص ص ٢١٨- ٢١٩.

(٢)علاء الدين كفافي، وآخرون، الارتقاء الانفعالي والاجتماعي لطفل الروضة ، مرجع سابق، ص ص ٦٩- ٧٠.

(٣)نجدة إبراهيم علي سليمان، نظم التعليم في التربية الخاصة، القاهرة: شمس للطباعة، ٢٠٠٠م، ص ٣٣.

وآخرها عام ١٩٨٨ الذي أخذ صياغة تختلف بدرجة كبيرة عن المراجعات السابقة وتقترب بعض الشيء عن نظيره مقياس (وكسلر) للذكاء.[١] وبصفة عامة فقد ساهم التطور في مجال الاختبارات العقلية منذ ظهورها مع بداية القرن العشرين بدور كبير في دراسة الفروق الفردية بين الأطفال مما أدى إلى إدراك الحاجة إلى أساليب تعليم خاصة.

فبدأت في حوالي عام ١٩٢٠م تنمو بشكل ملفت فكرة الفصول الخاصة بالمتخلفين عقليًّا، والتي أصبحت تسمى فيما بعد بفصول الأطفال القابلين للتعلم وذلك تمييزًا لهم عن قلة من البرامج التي وضعت للقابلين للتدريب من المتخلفين عقليًّا، وأيضًا كان هناك اتجاه نحو تزايد البرامج الخاصة بالأطفال ذوي الإعاقة البصرية، وقد أطلق عليها مسميات فصول المكفوفين أو ضعيفي البصر، أو من لديهم رؤية جزئية، وأيضًا في مجال الإعاقة السمعية بدأت مسميات مثل: فصول الصم، أو المعاقين سمعيًا، بالإضافة إلى ذلك بدأت برامج خاصة بالأطفال أصحاب المشكلات في الكلام، وفي بعض الأحيان كانت هناك حجرة خاصة للأطفال الذين لديهم مشكلات في القلب، أو إعاقة لأحد أعضاء الجسم، وفي تلك الفترة بدأ استخدام بعض المصطلحات التي ما زالت تستخدم حتى الآن مثل مصطلح: الفصول الخاصة، برامج التربية الخاصة، معلم التربية الخاصة.[٢]

وهذا يعطي دلالة على أن قضية تعليم الأطفال المعاقين بدأت في أخذ صورة نظامية في برامج التعليم، ففي عام ١٩٣١م أنشأ مكتب التعليم بالولايات المتحدة الأمريكية قسمًا خاصًا للأطفال المعاقين والبالغين، وبالرغم من أن هذا القسم كان لا يتمتع بأية سلطة تشريعية أو مالية إلاَّ أنه أرسى العلاقات بين الحكومة الفيدرالية والتربية الخاصة.[٣]

ومما لاشك فيه أن كلا من الأفراد والأفكار قد لعبوا دورًا جوهريًا في تاريخ التربية الخاصة، ولكن معظم التطور الذي حدث على امتداد تلك السنين الطويلة قد تحقق في الأساس على أثر تلك الجهود التي بذلها المهنيون والآباء. وإذا كان تأسيس الجماعات المهنية يرجع إلى بداية القرن التاسع

---

(١) عبد الله زيد الكيلاني،فاروق فارع الروسان،التقويم في التربية الخاصة،عمان: دار المسيرة،٢٠٠٦م ص ٣٤.

(٢) محمد حسنين العجمي ،فلسفة التربية لذوي الاحتياجات الخاصة من المعوقين ، الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة ، ٢٠٠٧م ، ص ٣٤.

(٣) أماني عبد القادر محمد الهندي شعبان،" تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في مصر في ضوء الخبرة الأمريكية "، مجلة العلوم التربوية، مجلد(١٧)، عدد (٣)، يوليو ٢٠٠٩م، ص ص ٤٨-٤٩.

عشر فإن المنظمات الوالدية القومية ذات التأثير في هذا الصدد لم تتأسس في الولايات المتحدة الأمريكية إلا منذ عام ١٩٥٠م فقط.(١)

وبانتهاء الحرب العالمية الثانية وما خلفته من دمار ومشاكل اقتصادية واجتماعية أدركت معظم البلدان الغربية الحاجة الملحة لمعالجة وتأهيل أعداد هائلة من المواطنين المعاقين، إلا أن الموارد المالية الضعيفة والمتدهورة في أوروبا حالت دون إنشاء المؤسسات التأهيلية والضرورية إلا بعد عدة سنين من تطبيق مخطط (مارشال) وهذا السبب الذي جعل الولايات المتحدة الأمريكية تتبوأ الصدارة في تأهيل المعاقين كمًّا وكيفًا.(٢)

فمع نهاية الحرب العالمية الثانية ومع بداية الخمسينات بدأ آباء الأطفال المعاقين بتنظيم أنفسهم في جمعيات خاصة لتبادل المعلومات والخبرات سعيًّا إلى توفير الخدمات اللازمة لأبنائهم والتخفيف من الأعباء المعنوية والمادية التي تواجههم، وأخذ دور هذه الجمعيات في التنامي شيئًا فشيئًا إلى أن أصبح لها دور ضاغط على السلطات السياسية والجماعات المهنية بالمجتمع الأمريكي للاستجابة لاحتياجات أطفالهم المعاقين، مما أحدث ثورة حقيقية في تطوير الاتجاهات والخدمات للأطفال المعاقين، وكانت تلك البداية بمثابة انطلاقة نحو المجتمع لتحسين اتجاهاته وزيادة وعيه واهتمامه بمشكلة الأطفال المعاقين.(٣)

فقد كانت هذه الجهود ثورة هادئة تم الكفاح من أجلها في نظام التعليم الأمريكي، وذلك لحماية حق كل الأمريكيين في التعليم، وخاصة المعاقين الذين تتطلب مشكلاتهم العقلية والجسمية والانفعالية والتعليمية خدمات التربية الخاصة، فهذه الثورة التي تهدف إلى توفير حق التعليم للمعاقين كما هو الحال لغير المعاقين، قد بدأت بالانتشار في طول البلاد، وفي غرف مجالس المدارس المحلية ومدارس الولاية، ومجالس التشريع في الولاية، وربما أهم من ذلك في محاكم البلاد إن شرعية إنكار حق التعليم العام للأطفال المعاقين بالعزل أو التأجيل أو أي من الوسائل الأخرى قد أدت إلى زيادة التحدي لها، وأساس هذا التحدي ناتج من الحماية المتساوية التي وردت في المادة القانونية

---

(١) دانيال. ب. هالاهان، جيمس.م. كوفمان، سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم، مرجع سابق، ص٦٨.

(٢) يوسف القروي،مؤشرات وملامح من التجربة العالمية في مجال تأهيل المعاقين،مرجع سابق،ص ٢٢٢.

(٣) نجدة إبراهيم علي سليمان، نظم التعليم في التربية الخاصة، مرجع سابق، ص ٤٣.

الرابعة عشرة من دستور الولايات المتحدة والتي تضمن الحماية القانونية المتساوية لجميع الناس.[1]

ونتيجة لهذه المطالب والضغوط المتواصلة من آباء الأطفال المعاقين، ظهرت العديد من التطورات في ميدان التربية الخاصة والتي كانت أهدافها الرئيسية تتضمن تصميم برامج نموذجية لتلبية الاحتياجات الخاصة لصغار الأطفال ذوي الإعاقة لتسهيل تنميتهم العقلية والاجتماعية والجسمية واللغوية، بالإضافة إلى توعية المجتمع بمشكلاتهم.

فأسس في عام ١٩٦٦م مكتب التربية للمعاقين، وذلك بعد أن أصبحت الحاجة ماسة لوجود إدارة متخصصة للإشراف على برامج تلك الفئات الخاصة وكان إلى جانب إشرافه على رعاية وتعليم الأطفال المعاقين، أن يهتم بآخر ما تتوصل إليه الأبحاث في مجال تعليم وتدريب المعاقين كي يستطيع أن يقدم البرامج التي تتلاءم وحاجاتهم، ومن أهم مسئوليات هذا المكتب الاجتهاد في تقديم تعريفات علمية ودقيقة لمفهوم التعويق، والإعاقة، وحدود الإعاقة ودرجتها بالنسبة لكل فئة من الفئات وأهمية ذلك تتمثل في أن دقة التحديد يترتب عليها تعديلا مقابلا في طبيعة الخدمات التي تقدم لكل فئة.[2]

ونتيجة الاهتمام العالمي بالتربية الخاصة مع بداية الثمانينيات، وما تبعه من تشريعات قانونية في معظم دول العالم بدأ يتبلور مفهوم التربية الخاصة للأطفال المعاقين حيث أصبحت تعني ذلك النمط من التعليم أو التربية الذي يتم تصميمه وتقديمه بطريقة خاصة، ووفق نمط خاص حتى يتم إشباع الحاجات الفريدة للطفل المعاق، ويتضمن ذلك بطبيعة الحال تقديم تعليم خاص يتم تصميمه في الأساس في سبيل تناول مشكلات خاصة في التعليم والتعلم، وقد تتعلق مثل هذه المشكلات الخاصة بمجموعة كبيرة من الإعاقات تضم الإعاقات الجسمية أو الحسية، أو المعرفية، أو مشكلات اللغة والتخاطب، أو المشكلات الانفعالية أو السلوكية، أو المشكلات الأكاديمية، أو أي ترابطات من هذه المشكلات.[3]

وسعيًا وراء تحقيق أهداف التربية الخاصة يعمل المختصون على تعديل الأنشطة التربوية، والظروف المتاحة في المؤسسات التربوية العادية بحيث تساعد الأفراد الذين يستفيدون من هذه الفرص والأنظمة التربوية

---

(١) جاك سي استيورت، إرشاد الآباء ذوي الأطفال غير العاديين، ترجمة عبد الصمد قائد الأغبري، فريدة عبد الوهاب آل مشرف، ط٢ ؛ الرياض: جامعة الملك سعود، ١٩٩٦م، ص ١٢.

(٢) محمد حسنين العجمي ،فلسفة التربية لذوي الاحتياجات الخاصة من المعوقين،مرجع سابق، ص ٣٥.

(٣) دانيال.ب.هالاهان،وآخرون،صعوبات التعلم:مفهومها- طبيعتها- التعليم العلاجي،مرجع سابق،ص ١٣٤.

العادية من النمو السليم المتوافق الذي يؤدي إلى تحقيق الذات. وتشمل هذه التعديلات العناصر المختلفة والأساسية التي تتكون منها العملية التعليمية والتربوية مثل: المناهج، وأساليب التدريس، والوسائل التعليمية، والأجهزة والأدوات، والأنشطة التدريبية، والأبنية والفصول الدراسية، وإعداد المعلمين والكوادر.(١)

وبذلك أصبح للتربية الخاصة أساليب تعليمية تميزها عن التربية العامة ففي الوقت الذي تتقاسم فيه التربية الخاصة بعض المسئوليات مع التربية العامة فيما يتعلق بالنمو متكامل الجوانب لشخصية الطفل وتعليمه وتدريبه من أجل حياته في المستقبل، إلا أن التربية الخاصة تتضمن منهجًا خاصًا بها يشتمل على استراتيجيات تعليمية معينة ومتباينة لمقابلة الاحتياجات المتعددة للأطفال المعاقين، لذا أصبح ينظر للتربية الخاصة باعتبارها شكلاً متميزًا من التربية العامة يستهدف تحسين مستوى حياة من يعانون من إعاقات.(٢)

وقد شهد ميدان التربية الخاصة تغيرات سريعة في العقدين الأخيرين من القرن الماضي، وفي بداية العقد الأول من القرن الحالي، وذلك تماشيًا مع التغيرات الدراماتيكية والتوجهات الخاصة العالمية الحديثة في تربية ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث يلاحظ المتتبع لميدان التربية الخاصة، نموًا متزايدًا وتطورًا واضحاً في العديد من المجالات ذات العلاقة بهذه الفئة من الأفراد بداية من القوانين والتشريعات الخاصة بهم، وتطور أساليب التدريس الخاصة، وتطور الوسائل التعليمية والتكنولوجيا الحديثة المستخدمة في تعليم فئات التربية الخاصة المختلفة، وصولاً إلى تطور طرق الوقاية من الإعاقة والتدخل المبكر.

---

(١) رشاد علي عبد العزيز، علم نفس الإعاقة، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ٢٠٠٨م، ص٣٥.
(٢) محمد حسنين العجمي ،فلسفة التربية لذوي الاحتياجات الخاصة من المعوقين،مرجع سابق، ص ٥٨.

رابعًا: التدخل المبكر:

Early intervention

نتيجة لكل المؤثرات السابقة والتي تمثلت في التربية في الطفولة المبكرة والتربية التعويضية لصغار الأطفال، والتربية الخاصة للأطفال المعاقين بدأت تتشكل ملامح مجال التدخل المبكر حيث تشير الدراسات التاريخية إلى أن "فترة الستينات من القرن العشرين كانت هي البداية الحقيقية لعلم التدخل المبكر".(١)

لذا تجدر الإشارة إلى أنه على الرغم من أن التدخل المبكر وثيق الصلة بالمجالات السابقة حيث انبثق عنها، وكان نتيجة لتطورها، كما أنه متداخل معها، إلا أنه في الوقت الراهن أصبح مجالا مستقلا بذاته، فالتدخل المبكر يشترك مع التربية في الطفولة المبكرة، والتربية التعويضية لصغار الأطفال، والتربية الخاصة للأطفال المعاقين في العديد من الجوانب إلا أنه في نفس الوقت أصبح له من الخصائص ما يميزه عنها.

بل إن بعض الباحثين يذهب أبعد من ذلك لدرجة أنه أصبح يميز بين التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، والتدخل المبكر حيث يرى هؤلاء أن "التدخل المبكر لا يقتصر على التربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة لدعم نمو الأطفال المتأخرين والأطفال المعرضين لخطر الإعاقة والأطفال ذوي الإعاقات المثبتة، ولكنه يشتمل أيضًا على خدمات الكشف والتشخيص المبكر، والخدمات المساندة والإرشاد والدعم والتدريب الأسري، والخدمات الوقائية متعددة الأوجه التي يتم تنفيذها بالتعاون مع العاملين في المجالات الطبية المختلفة وخاصة مجال الرعاية الصحية الأولية، والتوعية الأسرية والجماهيرية بوسائل الاتصال المسموعة والمقروءة والمرئية".(٢)

ومن الناحية التاريخية فقد ظهر مصطلح التدخل المبكر لأول مرة في عام ١٩٦١م كأحد المصطلحات التي استخدمتها لجنة البيت الأبيض للتخلف العقلي عندما أشار وليم ويلكوكس*William Wilcox* مقرر اللجنة إلى أن ظاهرة التخلف العقلي يبدو أنها منتشرة في قطاعات من المجتمع الأمريكي

---

(1) Elizabeth F. Shores, " The role of Little Rock's Kramer Project in the history of early intervention science ". The Arkansas Historical Quarterly, VOL. Lxv111, No.4 ,Winter 2009,P.418.

(٢)جمال الخطيب،منى الحديدي،التدخل المبكر: مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة،مرجع سابق، ص ٢٢.

لها خصائص مميزة وأشار (ويلكوكس) إلى ضرورة رسم خطط (التدخل المبكر) في هذه الأحياء للتعامل مع ظاهرة التخلف العقلي في أطفال هذه الأسر كحلول سريعة، ولرسم الخطط القومية طويلة المدى للتعامل مع هذه المشكلة.[١]

ونتيجة للجهود المتواصلة بدأت رسميًا في عام ١٩٦٨م حركة التدخل المبكر في مجال تربية الأطفال المعاقين، عندما أصبحت لقضية رعاية وتعليم الأطفال المعاقين تشريعًا قانونيًّا بمقتضى القانون *The Handicapped Children's" Early Education Assistance Act (P.L. 90-538)"* ولقد كان لهذا القانون أهمية كبيرة لكونه علامة بارزة للتشريع حيث أنه شُرع حصريًّا للأطفال المعاقين بدون أن يرتبط بمشروع قانون آخر مما ساعد على تقديم أموال لتحسين برامج صغار الأطفال المعاقين.كما أنه مهد الطريق لظهور تشريعات أخرى أكثر تأثيرًا في قضية التدخل المبكر.[٢]

فنتيجة لإدراك الكونجرس الأمريكي مدى الحاجة إلى برامج نموذجية تعمل بمثابة قوى محركة لخدمات التدخل المبكر للأطفال المعاقين الصغار في السن، أقر في نفس عام صدور القانون أي في عام ١٩٦٨م مشروعًا باسم برنامج التربية المبكرة للأطفال المعاقين *Handicapped Children's early Education Program* المعروف اختصارًا بـ (*HCEEP*) والذي عرف فيما بعد باسم برنامج الفرصة الأولى *First Chance Program*.[٣]

كما يعد مشروع بورتاج*Portage Project* والمطور عام ١٩٦٩م والذي تم تنفيذه في عام ١٩٧٢من أكثر برامج التدخل المبكر التي لاقت رواجًا واستحسانًا وكان الهدف الأول من البرنامج يتلخص منذ البداية في إنشاء صفوف لحالات الأطفال الذين يعانون من إعاقات معينة في المجتمعات الريفية في منطقة (وسكنسن *Wisconsin*) وذلك من الولادة وحتى سن السادسة، ولدى تنفيذ البرنامج وفق أهدافه الأولية تلك واجه العديد من

---

(١) فاروق محمد صادق،أسس برامج التدخل المبكر لذوي الحاجات الخاصة، مرجع سابق، ص ١٠.

(2) Cecil R. Reynolds, Elaine Fletcher-Janzen , Concise Encyclopedia of Special Education: A Reference for the Education of the Handicapped and Other Exceptional Children and Adults, 2nd Edition,. New York: John wiley& sons, Inc., 2002. P. 457.

(٣) جمال الخطيب، منى الحديدي، التدخل المبكر: مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، مرجع سابق، ص ص ٤٩-٥٠.

المشكلات منها ما يتعلق بالمواصلات، وعدم رغبة الأسر في وضع أطفالها في فصول خاصة في سن مبكرة وكذلك شدة الإعاقة لدى بعض الأطفال وصعوبة التعامل معهم. ونتيجة لوجود تلك الظروف المتعلقة معظمها في صعوبة تواجد الأطفال في غرفة الصف ، فقد بدأ التوجه في السنة الثانية للمشروع في وصول الأخصائيين للأطفال في منازلهم بدلاً من إحضارهم للصفوف الخاصة.[١]

كما طور إريك شوبلر *Eric Schopler* في عام ١٩٧٢م برنامج تدخل علاجي وتربوي للأطفال التوحديين، والأطفال ذوي إعاقات التواصل *Treatment and education of autistic and related handicapped children (TEACCH)* في جامعة(نورث كارولينا)بتشابل هيل في الولايات المتحدة الأمريكية وقد كان أول برنامج مختص بتعليم الأطفال التوحديين، وأصبح كذلك أول برنامج معتمد من جمعية التوحد الأمريكية *Autism Society Of America*.[٢]

وفي عام ١٩٧٥م صدر قانون التعليم لكل الأطفال المعاقين *The Education for All Handicapped Children Act (P.L. 94-142)(EAHCA)*
وقد ساق الكونجرس مجموعة من المبررات لصياغة هذا القانون والتي تتمثل في[٣]:

- هناك أكثر من ثمانية ملايين طفل معاق بالولايات المتحدة الأمريكية.
- لا يتم الوفاء بالاحتياجات التعليمية الخاصة لهؤلاء الأطفال المعاقين.
- أكثر من نصف الأطفال المعاقين في الولايات المتحدة الأمريكية لا يتلقون خدمات تعليمية مناسبة تمكنهم من المساواة الكاملة مع أقرانهم.
- تم استثناء ما يقارب مليون طفل معاق في الولايات المتحدة الأمريكية تمامًا من المدارس العامة، ولم يتمكنوا من الالتحاق بالعملية التعليمية كأقرانهم.

---

(١) يوسف القريوتي، وآخرون، المدخل إلى التربية الخاصة، دبي: دار القلم، ١٩٩٥م، ص ص ٤٦٩-٤٧١.
(٢) حنان محمد جمال الدين، أثر برنامج تدخل علاجي بالأنشطة الفنية لخفض بعض الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدي ذو الإعاقة العقلية البسيطة، دراسات تربوية واجتماعية، مجلد (١٥)، عدد (٣)، ٢٠٠٩م، ص ٢١٠.
(3)Fred C. Lunenburg , " Special Education Services " , National FORUM of *Special Education Journal, VOL. 21, No. 1, 2010 , P. 2.*

وفيما يتعلق بالتدخل المبكر فقد نص هذا القانون على أهمية خدمات التدخل المبكر للأطفال المعاقين، كما أكد على ضمان سلامة وصحة الإجراءات وعلاقتها بالتقويم، والمراجعة، والتعرف، والتصنيف، ووضع الأطفال المعاقين في بيئة تتسم بالحد الأدنى من القيود [(١)]. ويعتبر قانون التعليم لكل الأطفال المعاقين *(EAHCA)* هو أول قانون فيدرالي لتعليم إلزامي في التربية الخاصة، وأن الكثير مما يحدث اليوم في التربية الخاصة بالولايات المتحدة الأمريكية هو نتيجة مباشرة للفقرات المتضمنة في ذلك القانون وتعديلاته اللاحقة به.[(٢)]

وفي عام ١٩٨٣م حدث دعم إضافي لحركة التدخل المبكر عندما حدثت تعديلات لقانون ***(P.L. 94-142)***، والتي صدرت بموجب قانون ***(P.L. 98-199)*** والذي أتاح تقديم الدعم المادي لحكومات الولايات لتنمية وتنفيذ خطوات شاملة للتربية الخاصة في الطفولة المبكرة لكل الأطفال المعاقين، وأكد على الدور الفيدرالي في تطبيق العديد من بنود قانون التعليم لكل الأطفال المعاقين ***(EAHCA)***، والتوسع فيها، وعلى برامج ما قبل المدرسة، بالإضافة إلى اهتمامه بإعداد معلمي التربية الخاصة، وبرامج الطفولة المبكرة، وتدريب أولياء الأمور، ونشر المعلومات.[(٣)]

إلاَّ أن التشريع الفيدرالي الأكثر أهمية الذي أثر في قضية التدخل المبكر صدر عام ١٩٨٦م وذلك بإصدار تعديلات في قانون التعليم لكل الأطفال المعاقين ***(EAHCA)*** بمقتضى قانون ***(P.L. 99-457)*** والذي قرر أنه في ظل القانون وحسب تصرف الولاية يكون الأطفال في مرحلة الرضاعة والحبو وبعمر سنتين مستحقين ومؤهلين لخدمات التدخل المبكر، إذا كانوا يعانون من تأخر نمائي أو مهددين بالإصابة بمثل ذلك التأخر النمائي، ويستحق أطفال ما قبل المدرسة بعمر (٣-٥ سنوات) تربية خاصة إذا كان لديهم تأخر نمائي في التطور المعرفي أو التواصلي أو الاجتماعي أو الانفعالي أو التكيفي.[(٤)]

---

(١) أماني عبد القادر محمد الهندي شعبان، تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في مصر في ضوء الخبرة الأمريكية ،مرجع سابق، ص ص ٤٩-٥٠.

(٢) مارتن هنلي، وآخرون، خصائص الطلبة ذوي الإعاقات البسيطة، ترجمة زيدان أحمد السرطاوي العين: دار الكتاب الجامعي، ٢٠٠٦م، ص ٣٣.

(٣) نجدة إبراهيم علي سليمان، نظم التعليم في التربية الخاصة، مرجع سابق، ص ص ٢١٨- ٢١٩.

(٤) مارتن هنلي، وآخرون، خصائص الطلبة ذوي الإعاقات البسيطة ، مرجع سابق، ص ٣٣.

وفـي عـام ١٩٩٠ صـدر قـانون فيـدرالي آخـر هـو قـانون الأفـراد الأمـريكيين ذوي الإعاقـات *Americans with Disabilities Act (ADA)* والذي يؤكد على حق الأفراد المعـاقين بالولايـات المتحدة الأمريكيـة في تلقي نوع من المعاملة لا يختلف عن أقرانهم العاديين، وذلك فـي الجوانـب المختلفة من حياتهم، ويقضي هذا القانون بأنه لم يعد بالإمكان استثناء أطفال مـا قبل المدرسـة المعـاقين عن الرعايـة اليوميـة العامـة،أو تسـهيلات ريـاض الأطفال بسبب إعاقتهم، وأنه يجب إعطاء مواءمات معقولـة ومنطقيـة للأطفال ذوي الإعاقات حسب حاجتهم.[١]

وفـي عـام ١٩٩٠م أيضًـا تـم إجـراء تعديلات علـى القـانون (١٤٢- ٩٤ ***P.L.***) ليصـبح قـانون تعليم الأفـراد ذوي الإعاقـات *Individuals with Disabilities Education Act (IDEA)* (٤٢٦- ١٠١ ***P.L.***) والـذي استخدم اصطلاح الأفراد ذوي الإعاقات بـدلاً من كلمـة المعـاقين، وقد تضـمن القانون مئونة تعليمية للأطفال ذوي الإعاقات فـي سـن مـا قبـل المدرسـة (٣-٥ سنوات)، وطالب الولايات التي تتلقى أموالا بموجب هذا القانون، أن تقوم عن طريق أجهزتها التعليمية المحلية بتأمين تعليم مجاني ملائم لهم ابتداء من العام الدراسي (٩٠ – ١٩٩١)، وكتابة تقرير عنهم وفقًا لإعاقتهم، ووضع بيان عن البرامج المتاحة لهم، كما صرح لمؤسسات الطفولة المبكرة بنشر نتائج أبحاثها عن التعليم في هذه المرحلة، وتطوير المشروعات وبيان طرق التكلفة الفعليـة في تقديم الخدمات التعليمية. وبذلك أضاف القانون عن طريـق المنحـة المقدمـة للولاية مئونة أخرى للأطفال متأخري النمو في مرحلة الطفولة المبكرة الـذين تتجاوز أعمارهم سنتين، باستخدام تقويم قائم على تخصصات متعددة، وخطـة فردية لخدمة الأسرة يتم وضعها تعاونيًا بمساعدة فريق متعدد التخصصـات بجانب أسرة الطفل المعاق، ولم يلزم القانون الولاية بتقديم هذه الخدمات ولكن أعطاها حوافز مالية مقابل مشاركتها.[٢]

وقد عمل هذا القانون علـى توفير تعليم مجاني ومناسب لكل الأطفال المعـاقين، ويعنـي الجانـب "المجـاني" فـي القـانون أن الوالـد أو ولـي الأمـر لا يتحمل أي تكاليف مادية في مقابل خدمات التربيـة الخاصـة التـي يـتم تقديمها لطفله والتي تتحدد في ضوء حاجته لها حيث يعد هذا التعليم "عامًا" أي يتم تقديمـه فـي مـدارس ومراكـز أو مؤسسـات عامـة، ومـع ذلـك يمكـن اسـتغلال

(١)المرجع السابق، ص ٢٨٥.

(٢) نجدة إبراهيم علي سليمان، نظم التعليم في التربية الخاصة، مرجع سابق، ص ص ٢١٩- ٢٢٠.

الأرصدة المخصصة للتعليم العام لإرسال طفل معين إلى مؤسسة خاصة إذا ما تطلب الأمر ذلك حتى يتم تقديم مثل هذا التعليم المناسب لذلك الطفل ، ومن جهة أخرى فإن التربية الخاصة التي يتم تقديمها للطفل في إطار قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات *(IDEA)* ينبغي أن تكون مناسبة وهو الأمر الذي يتطلب توفير طرق وأساليب التدريس، والمواد التعليمية، والأجهزة، ونمط البيئة التعليمية اللازمة حتى يتعلم الطفل ما نقدمه له وما نريده منه أن يتعلمه.[١]

وفي عام ١٩٩٧م، وقع الرئيس كلينتون *Clinton* على إعادة تعديل قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات ***(IDEA)*** فأقر الكونجرس القانون ***(P.L. 105-17)*** ليشمل تلك التعديلات، ولقد جاءت التعديلات المتعلقة بالتدخل المبكر في الجزء (ج) من هذا القانون، والتي من أهمها إعطاء برامج التدخل المبكر أولوية مطلقة فيما يتعلق بالخدمات المقدمة للأطفال المعاقين، بالإضافة إلى الدعوة الصريحة لتقديم خدمات التدخل المبكر في البيئات الطبيعية للطفل.[٢]

كما أن هذه التعديلات طالبت بزيادة الخدمات المقدمة لأسر الأطفال المعاقين، حيث وسعت من خدمات التدخل المبكر لتشمل كلا من الأسرة والطفل وذلك بهدف مساعدة الأسرة على التكيف مع الضغوط والمطالب المرتبطة بإعاقة الطفل، بالإضافة إلى تعزيز النظر للأسرة كقوة وكشريك كامل في عملية التدخل المبكر، وفي سبيل ذلك أقرت التعديلات تقديم ما يسمى بالخطة الفردية لتقديم الخدمات الأسرية *The Individualized Family Service Plan (IFSP)*.[٣]

وفي الثالث من ديسمبر عام ٢٠٠٤م قام الرئيس بوش *W. Bush* بالتوقيع على تعديلات جديدة على قانون (*IDEA*) بالقانون *Individuals with Disabilities Education Improvement Act (P.l. 108-446) (IDEIA)* ليمد مظلة خدمات التدخل المبكر لتغطي الأطفال الرضع

---

(١)دانيال. ب. هالاهان،وآخرون،صعوبات التعلم: مفهومها – طبيعتها – التعليم العلاجي ،مرجع سابق، ص ص١٣٣-١٣٤.

(2) Knoblauch, Bernadette, An Overview of the Individuals with Disabilities Education Act Amendments of 1997 (P.L. 105-17), ERIC Digest. <http://www.ericdigests.org/2000-1/act.html> (7-8-2010)

(3) SeldaÖzdemir, " A Paradigm Shift in Early Intervention Services: From Child-Centeredness to Family Centeredness ", Ankara ÜniversitesiDilveTarih-CoğrafyaFakültesiDergisi'nin 47/2 sayısıçıktı ,2007, P. 16.

والصغار ذوي الإعاقة والتي تقع أعمارهم بين الميلاد، والثلاث سنوات بالإضافة إلى الأطفال المعاقين فيما قبل المدرسة.[1]

إلاَّ أن الجزء (ج) من القانون والذي يتعلق بتقديم خدمات التدخل المبكر للرضع والأطفال الصغار ذوي الإعاقة من عمر (٠- ٣ سنوات)تم تنقيحه وتعديله في عام ٢٠٠٧م، وذلك بإضافة بعض النقاط الأساسية والتي من أهمها: [2]

- التأكيد على تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال الرضع والأطفال الصغار من الفئات السكانية المحرومة.
- زيادة المساءلة عن مدى نجاح خدمات التدخل المبكر.
- ضمان الانتقال السلس للأطفال الرضع والأطفال الصغار المتلقين لخدمات التدخل المبكر إلى برامج مناسبة لهم في مرحلة ما قبل المدرسة.
- إعطاء الولايات قدر من المرونة لتوفير خدمات التدخل المبكر للأطفال من الميلاد وحتى عمر الثالثة.
- توضيح بعض المفاهيم المتعلقة بخدمات التدخل المبكر كالمقصود بالموظفين المؤهلين، والبيئات الطبيعية.

وبذلك ومما سبق يتضح أنه قد أصبح للولايات المتحدة الأمريكية دورًا بارزا في مجال التدخل المبكر، ويؤكد ذلك ما توصلت إليه الدراسات المقارنة في مجال التدخل المبكر، حيث تشير هذه الدراسات إلى أن الولايات المتحدة الأمريكية تعتبر من أكثر دول العالم اهتمامًا بالتدخل المبكر من حيث إجراءات الكشف المبكر وتقييم الأطفال المعاقين، و تقديم برامج التدخل

---

(1) U.S.A.An Act To reauthorize the Individuals with Disabilities education Act, and for other purposes, Public Law 108-446 - 108th Congress,Dec. 3, 2004 - H.R. 1350.
<http://www.nichcy.org/Laws/IDEA/Documents/PL108-446.pdf>(13-8-2010)

(2) U.S.A. , Office of Special Education and Rehabilitative Services, Department of Education , Early Intervention Program for Infants and Toddlers With Disabilities; Proposed Rule, , Federal Register / Vol. 72, No. 89, May 9, 2007.P.26456.
<http://edocket.access.gpo.gov/2007/pdf/07-2140.pdf>(22-8-2010)

المبكر، وتدريب العاملين، وتقديم الخدمات المجتمعية ودعم الأسر، و توفير التشريعات القانونية اللازمة لذلك.(١)

إلاَّ أن الاهتمام بمجال التدخل المبكر لا يقتصر على الولايات المتحدة الأمريكية وحدها "فقد أصبحت المجتمعات الإنسانية تدرك أكثر من أي وقت مضى أهمية التدخل المبكر"(٢)، فبعد أن ظهرت الفائدة من التدخل المبكر اتسع انتشاره في جميع بلدان العالم، ومع كل الإعاقات ، والذي كان له التأثير النافع في حياة الأطفال المعاقين ، حيث أصبح من السمات المميزة لأي مجتمع متحضر يهتم بأبنائه المعاقين، كما أصبح من العلامات البارزة في مجال رعاية المعاقين.(٣)

ففي اليابان ظهرت مدرسة (هيقاشي : علاج الحياة اليومية *Higash School : Daily life Therapy DLT)* والتي تنبثق سياستها وإجراءاتها من فلسفة الحياة اليومية والتي طورتها الدكتورة (كييوكيتاهارا *Kiyo Kitahara*) عام ١٩٦٤م في مدينة طوكيو في اليابان . فقد كانت الدكتورة (كييوكيتاهارا) تعلم أطفالاً طبيعيين في مرحلة رياض الأطفال ، وبعد عدد من السنوات ، انضم إلى فصلها طفل توحدي وشرعت في تعليمه . وتدريجيًا ، فقدت اهتمامها بالأطفال الطبيعيين وعملت على تطوير برنامج تربوي للأطفال التوحديين في اليابان ، وقد لقي هذا البرنامج اهتمامًا واضحًا واكتسب شهرة دولية. ونظرًا لهذا الإقبال وطلب ذوي الأطفال التوحديين افتتاح برامجها في بلاد أخرى غير اليابان ، تم افتتاح فرع من مدرسة هيقاشي في عام ١٩٨٧م في ولاية بوسطن في الولايات المتحدة الأمريكية.(٤)

كما نشر في عام ١٩٨٧م، في بريطانيا، واسكتلندا، وويلز، تقرير حاجات التربية الخاصة والذي ركز على ضرورة توفير التدخل المبكر والفرص التعليمية للأطفال المعاقين فيما قبل المدرسة بحيث يتم تشخيص

---

(1) Yanhui Pang , Dean Richey , "A Comparative Study of Early Intervention in Zimbabwe, Poland, China, India, and the United States of America", International Journal of Special Education, v.20 n.2 , 2005,pp.122-131.

(٢) جمال الخطيب،منى الحديدي،التدخل المبكر:مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، مرجع ص ٢٢.

(٣) زينب محمود شقير، خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة: الدمج الشامل – التدخل المبكر – التأهيل المتكامل، سلسلة سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين، المجلد الثالث، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية، ٢٠٠٢م، ص ص ١٣٨-١٣٩.

(٤) وفاء علي الشامي، علاج التوحد – الطرق التربوية والنفسية والطبية ،الرياض : مركز جدة للتوحد ، ٢٠٠٤م، ص 81.

الأطفال في أعمار مبكرة وذلك تمهيدًا لوضع البرامج التربوية المناسبة لهم، من قبل أشخاص محددين لتلك الغاية في مرحلة ما قبل المدرسة.(١)

كما يلاحظ اهتمام كلا من فرنسا وبلجيكا بتقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال المعاقين، حيث أن خدمات التدخل المبكر بهما تقام على أساس عديد من التنظيمات التشريعية، وتتبع لجهات عديدة ذات الاختصاص (وزارة التعليم وزارة الصحة، وزارة الشئون الاجتماعية، وغيرها)، ويفسر اهتمامات السلطات المسئولة والتنظيمات التشريعية في كلتا الدولتين بسياسات التدخل المبكر هذه إلى قوى وعوامل ثقافية عديدة تقف وراء ذلك منها: وجود فلسفة واضحة ومخططة جيدًا يتقاسمها جميع المعنيين بالتربية في كل من فرنسا وبلجيكا، وكذلك وفرة الأموال اللازمة، وتوافر الكوادر البشرية المدربة لتنفيذ سياسات التدخل المبكر بالإضافة إلى التقدم العلمي والتكنولوجي، وكثرة البحوث في ميدان تربية المعاقين وأساليب تربيتهم والتعامل معهم.(٢)

كما اهتمت العديد من الدول بتطبيق برامج التدخل المبكر التي أثبتت نجاحها في الولايات المتحدة الأمريكية، فعلى سبيل المثال يعتبر مشروع بورتاج *Portage Project* في التدخل المبكر والمطور عام ١٩٦٩ من أكثر البرامج التي لاقت رواجًا واستحسانًا على المستوى الدولي ، فقد انتقل البرنامج إلى بريطانيا سنة ١٩٧٦م (٣)، كما تم تطبيقه في العديد من دول العالم مثل قطاع غزة، والهند، والفلبين ونيبال، واليابان، وموريشيوس، وبنغلادش، وبلدان أخرى في أمريكا الجنوبية مثل جاميكا، وكولومبيا، وفنزويلا، والأكوادور.(٤) كما قامت لجنة مصرية بدراسة هذا البرنامج ابتداء من ٣ / ١١ / ١٩٩٥م، وقامت اللجنة بترجمة دليل البرنامج وتعديله بما يتلاءم مع البيئة المصرية، واحتياجات الأطفال المصريين، وتم نشره تحت اسم "برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (بورتاج)" سنة ١٩٩٩م.(٥)

ولكن بالرغم من محاولة العديد من دول العالم الاهتمام بمجال التدخل المبكر،إلا أن هناك العديد من العوامل التي تعوق التدخل المبكر في الكثير من

---

(١) مصطفى القمش، ناجي السعايدة، قضايا وتوجهات حديثة في التربية الخاصة، عمان: دار المسيرة ٢٠٠٨م، ص ص ٧٧ – ٧٩.

(٢) رانيا عبد المعز الجمال، سياسات تعليم الأطفال المكفوفين بمرحلة ما قبل المدرسة في كل من جمهورية مصر العربية وفرنسا وبلجيكا: دراسة مقارنة، مرجع سابق، ص٣٠٣.

(٣)علاء الدين كفافي، وآخرون، الارتقاء الانفعالي والاجتماعي لطفل الروضة ، مرجع سابق، ص ٢٠٤.

(٤)يوسف القريوتي، وآخرون، المدخل إلى التربية الخاصة ، مرجع سابق، ص٤٦٩.

(٥)علاء الدين كفافي، وآخرون، الارتقاء الانفعالي والاجتماعي لطفل الروضة ، مرجع سابق، ص ٢٠٥.

هذه الدول، ففي الصين على سبيل المثال، وعلى الرغم من أن الحكومة بدأت اعتبارًا من خطة التنمية الوطنية الخمسية الثامنة (١٩٩١- ١٩٩٥) تضع أهدافًا تتعلق بزيادة توفير التربية الخاصة للأطفال المعاقين بحيث تصل من ٦٠ - ٨٠ % من الأطفال ذوي الإعاقة في المناطق الحضرية، ٣٠% من الأطفال ذوي الإعاقة بالمناطق الريفية إلا أن هناك العديد من العقبات التي وقفت حائلا دون تنفيذ هذه الأهداف، والتي من أهمها: كثرة أعداد الأطفال المعاقين، ضعف التمويل، عدم توفر البنية التحتية لإنشاء مزيد من المؤسسات، عدم وجود برنامج وطني للتدخل المبكر، وأخيرًا التحيز الاجتماعي ضد الأطفال المعاقين.[1] أما في أسبانيا فعلى الرغم من وجود العديد من مراكز التدخل المبكر التي تقدم خدماتها للأطفال المعاقين، إلا أنه لا يوجد تشريع قانوني ينظم العمل بها مما دفع (الاتحاد الأسباني لجمعيات أخصائي التدخل المبكر) إلى المطالبة بمثل هذا القانون حيث يرى هؤلاء أنه بالرغم من مرور ثلاثة عقود على بداية العمل بمراكز التدخل المبكر، والتي كانت تسمى سابقًا بمراكز الإنعاش المبكر، إلا أنه لا يوجد قانون مختص يتناول إشكالية هذا القطاع، ويضع له تخطيطًا مناسبًا في جميع أرجاء الدولة، لذا لابد من خلق لجنة مركزية للتدخل المبكر تسهر على تطوير الجانب التشريعي بهدف تجاوز هذا النقص التاريخي.[2] كما جرت محاولات عديدة في البلدان النامية لتنظيم إجراءات التدخل المبكر، ففي (كينيا) على سبيل المثال ظهر ما يسمى بمركز التقويم التربوي والموارد التعليمية، وهو مرفق ينشأ داخل وحدة التربية الخاصة للمعوقين المقامة في مدرسة عادية، أو في وحدة صحية، أو في مستشفى، ويمكن للآباء والأمهات أن يصحبوا إليه أطفالهم الذين يعانون مختلف أنواع الإعاقة، ويلحق بالمركز عدد من المعلمين والمعلمات والممرضات واختصاصي العلاج النفسي والأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين، وقد بلغ عدد هذه المراكز في كينيا (١٧) مركزًا

---

(1) Yanhui Pang , Dean Richey , A Comparative Study of Early Intervention in Zimbabwe, Poland, China, India, and the United States of America, Op.Cit.,p.128.

(٢) الاتحاد الأسباني لجمعيات أخصائي التدخل المبكر (GAT)، الكتاب الأبيض للتدخل المبكر، ترجمة تيسير عبود، الطبعة الثالثة، مدريد: الجمعية الملكية للإعاقة، سبتمبر ٢٠٠٥م، ص ص٩-١٢.

أقامتها وزارة التعليم والعلم والتكنولوجيا، وقد قامت هذه المراكز بخدمة ما يربو على ثلاثة آلاف طفل منذ بدء نشاطها في سبتمبر عام ١٩٨٥م.(١)

أما في (زيمبابوي) فإن مجال التدخل المبكر يواجه العديد من العقبات حيث لا يوجد تشريع للتدخل المبكر، وينطبق الشيء نفسه على (بولندا)، فبالرغم من أن التربية الخاصة خطت فيها خطوات واسعة بعد عام ١٩٨٩م إلاَّ أن خدمات التدخل المبكر ما زالت متخلفة، بينما تعتبر (الهند) من بين عدد قليل من الدول النامية التي لديها منهجية ونظام متطور في التدخل المبكر، حيث يتم تقديم الدعم المناسب للمؤسسات التي تعمل بشكل فعال في تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال المعاقين(٢).

أما على مستوى الوطن العربي فقد استجاب العديد من الباحثين للتطورات العالمية المرتبطة بالتدخل المبكر ، فظهرت مجموعة من الأبحاث والدراسات الرائدة في هذا المجال ، والتي كان لها تأثير واضح في زيادة الاهتمام ببرامج التدخل المبكر .(٣)

ونتيجة لذلك ظهرت في عدد محدود من الدول العربية برامج التدخل المبكر على أساس تجريبي، وبالرغم من أنه قد مضى على بدء هذه المشروعات التجريبية في ليبيا، واليمن، والأردن، ومصر، وقطر، ودولة الإمارات العربية المتحدة، وغزة والسعودية، بدعم من المجلس العربي للطفولة والتنمية أكثر من عقدين، وبالرغم من النجاح الذي بينته دراسات المتابعة لعدد من هذه التجارب، إلاَّ أن هذه البرامج لا زالت محدودة الانتشار

---

(1) Kristensen, Kirsten; And Others, Educational Assessment and Early Intervention for Handicapped Children in Developing Countries. Child-Family- Community, Digest 22 , UNESCO - UNICEF co-operative programme , Paris , 1987, PP. 2-7.

(2) Yanhui Pang , Dean Richey , A Comparative Study of Early Intervention in Zimbabwe, Poland, China, India, and the United States of America, Op.Cit.,p.123.

(٣) يمكن الرجوع إلى :

- سميرة أبو زيد نجدي ،" برنامج مقترح لتنمية حواس الطفل المعوق في مرحلة ما قبل المدرسة "، المؤتمر الخامس (نحو طفولة غير معوقة) ، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، القاهرة، ٦ ـ ٨ نوفمبر ١٩٩٠م ، ص ص ١٦٣ – ١٧٨ .
- فاروق محمد صادق،أسس برامج التدخل المبكر لذوي الحاجات الخاصة،مرجع سابق،ص ص٩– ٤٩
- كمال إبراهيم مرسي ،التدخل المبكر في رعاية التخلف العقلي ودور الإرشاد النفسي فيه ،مرجع سابق، ص ص ١٩٩ ـ ٢٢٨.

أو تسير على استحياء.[١]بالإضافة إلى قلة المراكز المتخصصة في التشخيص المبكر، لدرجة أن الكثير من الأطفال لا يتم اكتشاف إعاقتهم إلا بعد سن الثالثة أو الرابعة أو عند الالتحاق بالمدرسة.[٢]

مما سبق ومن خلال تناول المؤلف لنشأة وتطور مجال التدخل المبكر يلاحظ أن الدول المتقدمة أصبحت تنظر إلى مجال التدخل المبكر على أنه جزء من النسق العام لتنشئة الأطفال المعاقين ، حيث أضحت خدمات التدخل المبكر المقدمة للأطفال المعاقين بتلك الدول جزءًا متوقعًا من النسق التربوي والتعليمي ممثلة بذلك ركنًا أساسيًا من ذلك النسق ، كما ينظر إليها في تلك المجتمعات على أنها حقًا قانونيًا أصيلا، وليس استثناء أو مجرد خدمات محدودة تقدم لهم بين الحين والآخر، فلقد أصبح للأطفال المعاقين منذ الميلاد وحتى عمر المدرسة حقًا قانونيَا في الحصول على خدمات تربوية مناسبة ومجانية بما تتضمنه من جوانب صحية واجتماعية وتعليمية، وكذلك أصبح لأسرة الطفل المعاق الحق في تلقي الدعم والمساندة الكاملة باعتبارها شريك في تنشئة الطفل ورعايته.

إلاَّ أنه وعلى الرغم من ذلك فإن العديد من دول العالم - خاصة النامية منها - ما زالت تواجه العديد من العقبات في سبيل توفير خدمات التدخل المبكر للأطفال المعاقين والتي من أهمها ضعف الأوضاع الاقتصادية والسياسية والاجتماعية بتلك الدول مما أدى إلى الافتقار إلى سياسة وطنية واضحة بشأن التدخل المبكر، وغياب التشريعات القانونية اللازمة لذلك، بالإضافة إلى نقص الكوادر الفنية المؤهلة، ونقص التمويل، وعدم التنسيق بين خدمات التربية الخاصة وخدمات التدخل المبكر، وعزل الكثير من الأطفال المعاقين بسبب الوصمات الاجتماعية الخاطئة، ونتيجة لتلك الظروف يواجه الأطفال المعاقون صعوبات بالغة في الحصول على تنشئة سليمة في السنوات الأولى من حياتهم.

---

(١) وليد السيد أحمد خليفة، مراد علي عيسى، الاتجاهات الحديثة في مجال التربية الخاصة ،مرجع سابق ص٥٩.

(٢) أحمد خطابي، الواقع الاجتماعي وحقوق ذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع العربي، مرجع سابق ص ١٣١.

الفصل الثاني

مراكز التدخل المبكر

أصبحت التنشئة المبكرة للأطفال على أسس سليمة مبدءًا أساسيًا لكل مجتمع يستهدف المحافظة على طاقاته وموارده البشرية، فالسنوات الخمس الأولى من أهم مراحل بناء الكيان البشري إذ هي مستهل حياته، كما أن الطفل فيها أكثر شغفًا للتعلم، وأكثر طواعية وانقيادًا للتنميط القيمي والوجداني والمهاري، إن هذه المرحلة وهي السابقة على كل مراحل العمر ذات أثر فعال في كل ما يليها من مراحل، ففيها ترسم الملامح الأساسية للصحة النفسية والجسمية للطفل وفي كنفها توضع اللبنات الأولى لتكوين الاتجاهات الإيجابية في الشخصية والسلوك، وفي أحضانها يتفتح العقل، وتنمو اللغة، وتتكون العلاقات الاجتماعية وتستقر العواطف.

وإذا كان للتنشئة المبكرة تلك الأهمية البالغة للأطفال العاديين فهي أكثر إلحاحًا في أهميتها بالنسبة للأطفال المعاقين، فالطفل المعاق طفل يعاني نتيجة عوامل وراثية أو بيئية مكتسبة من قصور القدرة على تعلم واكتساب خبرات أو مهارات وأداء أعمال يقوم بها الطفل العادي السليم المماثل له في العمر والخلفية الثقافية أو الاقتصادية أو الاجتماعية.[١]لذا فهو طفل يتدنى مستوى أدائه عن أقرانه بشكل ملحوظ في مجال أو أكثر من مجالات الأداء، وبشكل يجعله غير قادر على متابعة الآخرين، إلاَّ بتدخل خارجي أو بإجراء تعديل كلي في الظروف المحيطة.[٢]

فالسنوات الأولى في حياة الأطفال المعاقين الذين لا تقدم لهم خدمات تربوية هي سنوات حرمان وفرص ضائعة، بالإضافة إلى أن الإخفاق في توفير البيئة الغنية تربويًا، وتقديم الخبرات الملائمة في وقت مبكر لا يؤدي إلى استمرار الوضع الحالي فقط، ولكن إلى توقف حقيقي في القدرات ومشكلات في مستقبل الحياة ، فالتأخر النمائي قبل سن الخامسة مؤشر خطر ويقدم نذر مبكرة باحتمالية معاناة الطفل من مشكلات واضطرابات في المراحل العمرية اللاحقة.[٣] هذا إلى جانب أن أولئك الأطفال الذين تتم

---

(١) عبد الفتاح عبد الغني الهمص، "الطفل المعوق: حقوقه ومتطلبات تربيته من منظور إسلامي"، مجلة الجامعة الإسلامية، المجلد الرابع عشر، العدد الثاني، يونيو ٢٠٠٦م، ص ٣٤٨.

(٢) عبد الرحمن العيسوي، سيكولوجية الإعاقة الجسمية والعقلية مع سبل العلاج والتأهيل، بيروت: دار الراتب الجامعية، ١٩٩٧م، ص ١٠٨.

(٣) خولة أحمد يحيى، البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة، عمان: دار المسيرة، ٢٠٠٦، ص٣٧٠.

إعاقتهم في سن مبكر جدًا من حياتهم يرجح أنهم سيعانون في مستقبل حياتهم من إعاقات شديدة أو متعددة.[١]

ولما كان من المسلمات التربوية أن لكل طفل الحق في الحصول على تنشئة مناسبة، لا فرق في ذلك بين سوي ومعاق، كما أن أغراض هذه التنشئة وأهدافها متماثلة في جوهرها بالنسبة لجميع الأطفال، ونظرًا لأن النصوص التشريعية والقانونية المتعلقة بحقوق الطفل المعاق من أهم الأسس التي تضمن له الالتحاق بالبرامج التربوية المناسبة لعمره ولظروف إعاقته منذ وقت مبكر كغيره من الأطفال العاديين، أصبح "الاهتمام بالتربية الخاصة للأطفال المعاقين يجسد درجة الوعي والتحضر، إذ تعد إحدى النقاط التي يحكم من خلالها على تحضر أي مجتمع من المجتمعات وذلك لارتباطها بدرجة الوعي والحس الإنساني التحضري".[٢]

كما أن الاهتمام بالتربية الخاصة للأطفال المعاقين في مرحلة الطفولة المبكرة وبما يعرف على نطاق واسع بالتدخل المبكر أصبح كذلك من السمات المميزة لأي مجتمع متحضر يهتم بأبنائه المعاقين من صغار الأطفال، فالتدخل المبكر عبارة عن برامج متعددة التخصصات، تتألف من مجموعة الخدمات المقدمة للطفل المعاق أو المعرض للإعاقة خلال مرحلة الطفولة المبكرة، لتعزيز الصحة والرفاهة، وتعزيز الكفاءات في الظهور، والتقليل من تأخر النمو، ومعالجة المعوقات القائمة أو الناشئة، ومنع أي تدهور وظيفي، وتعزيز تربية الأطفال على التكيف وتحسين الأداء الكلي للأسرة.[٣]

فقد أصبح التدخل المبكر في السنوات الأخيرة يحظى باهتمام لم يسبق له مثيل، فبرامج التدخل المبكر المنفذة، والإعلانات العالمية المتعلقة بالتربية للجميع وحقوق الإنسان بوجه عام وحقوق الطفل المعاق بوجه خاص، كلها أعطت دفعة قوية لرسالة التدخل المبكر.

فقد جاءت المادة (٧) من اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة عام ٢٠٠٦م لتنص على ضرورة "أن تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير الضرورية لكفالة تمتع الأطفال ذوي الإعاقة تمتعاً كاملاً بجميع حقوق

---

(١) دانيال.ب. هالاهان، جيمس.م. كوفمان، سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم: مقدمة في التربية الخاصة، ترجمة عادل عبد الله محمد، عمان: دار الفكر، ٢٠٠٨، ص١٣٦.

(٢) قحطان أحمد الظاهر، مدخل إلى التربية الخاصة، عمان: دار وائل للطباعة والنشر، ٢٠٠٥م، ص ١٥.

(3) Patrick Maher &Others ,Early childhood intervention services in NSW for children with disability and their families and carers , Sydney: National Disability Services , 2008, p.4.

الإنسان والحريات الأساسية، وذلك على قدم المساواة مع غيرهم من الأطفال، ويكون توخي أفضل مصلحة للطفل، في جميع التدابير المتعلقة بالأطفال ذوي الإعاقة اعتبارا أساسيًا "[(١)]

وتعتبر عملية التنشئة هي وسيلة المجتمع لقيام مؤسساته وأفراده بمسؤولياتهم الاجتماعية تجاه هؤلاء الأطفال، ونظرًا لتعدد الاحتياجات الخاصة بالأطفال المعاقين، فإن تنشئتهم يجب أن تستند إلى النهج الشمولي التكاملي كإطار فلسفي تستند عليه مؤسسات وبرامج تنشئة الأطفال المعاقين، والذي يتمثل في النظر إلى الطفل ككائن متكامل، تتكامل فيه عمليات النمو في مختلف جوانب الشخصية، أي من الناحية الجسمية، والعقلية، والاجتماعية، والوجدانية في وقت واحد حيث يؤثر كل جانب من هذه الجوانب في الجوانب الأخرى ويتأثر بها، لذا فالنهج الشمولي التكاملي يعني تكامل البرامج المقدمة، بحيث تتضمن الرعاية والتنمية بالإضافة إلى التربية أي الصحة والتغذية بالإضافة إلى التنمية العقلية والاجتماعية والوجدانية.[(٢)]

ولما كانت المجتمعات تستند على مؤسساتها وأنظمتها التربوية في تحقيق آمالها المتعلقة بتنشئة ورعاية هؤلاء الأطفال، لذا كان لابد أن تقوم إحدى مؤسسات المجتمع بهذا الدور، ولكن نظرًا لحداثة مجال التربية الخاصة للأطفال المعاقين في مرحلة الطفولة المبكرة وتعدد جوانبه لم تجد المجتمعات ضمن مؤسساتها القائمة المؤسسة التي تستطيع أن تضطلع بهذا الدور، فقامت باستحداث مؤسسة قادرة على تقديم هذا النوع من الخدمات الشاملة والمتكاملة فكان ما يطلق عليه الآن مركز التدخل المبكر.

ومن خلال تناول المؤلف لنشأة وتطور التدخل المبكر في الفصل السابق سوف يحاول صياغة تعريف لمركز التدخل المبكر، حيث أن الهدف من صياغة هذا التعريف هو توضيحه وإزالة الغموض الذي قد يحيط به، والإفادة من ذلك في عملية التحديد والتحليل المتعلقة بهِ، ذلك أنه في غياب الوضوح يمكن للمفاهيم أن تتأثر بالقيم الشخصية والفلسفة الذاتية، وفي مثل

---

(١) الأمم المتحدة، الجمعية العامة، اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، الدورة الحادية والستون، البند ٦٧ (ب) من جدول الأعمال، نيويورك، ٢٤ يناير ٢٠٠٧م،المادة ٧.

<http://www.arabhumanrights.org/publications/cbased/ga/disability-convention-06a.pdf>(11-9-2009).

(٢)نجوى يوسف جمال الدين، "التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة: رؤية متجددة حول الأهداف والمضامين التربوية"، مجلة العلوم التربوية، مجلد (١٠)، عدد خاص عن التربية الخاصة، يناير ٢٠٠٢م، ص ص ٣- ٣٣.

هذه الحالة يمكن الاهتمام بجوانب معينة وإغفال جوانب أخرى مما يؤدي إلى التشويش وعدم وضوح العلاقات بين مختلف العناصر، من هنا تبرز الحاجة إلى تعريف واضح لمراكز التدخل المبكر حتى يمكن صياغة أهدافها، وأهميتها، وفئات الأطفال المستفيدة من خدماتها والإجراءات المتبعة بها.

أولاً: مفهوم مركز التدخل المبكر:

يمكن تعريف مركز التدخل المبكر على أنه مؤسسة تعمل على توفير مجموعة شاملة ومتكاملة من خدمات التدخل المبكر المنظمة والمتخصصة للأطفال دون سن السادسة ممن يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة، بهدف تنمية شخصياتهم من جميع جوانبها، ورعايتهم رعاية شاملة وإكسابهم الخبرات والمهارات المناسبة، بالإضافة إلى تقديم مجموعة من الخدمات لأسر هؤلاء الأطفال بهدف زيادة كفاءتها وقدرتها وتطوير مهاراتها لمساعدة أطفالها على النمو والتعلم.

ثانياً: فئات الأطفال المستفيدة من مراكز التدخل المبكر:

تصنف الإعاقات ضمن فئات محددة والفئة (***category***) هي اسم يطلق على مجموعة من أفراد لديهم خصائص عامة مشتركة [١]، إلا أنه وقبل تسمية فئات الإعاقة التي يمكنها الاستفادة من الخدمات التي تقدمها مراكز التدخل المبكر يجب الإشارة إلى أن مفهوم التدخل المبكر في الآونة الأخيرة أصبح أكثر شمولية وأوسع نطاقًا حيث أنه لم يعد يقتصر على الأطفال الذين يعانون من إعاقة واضحة، ولكنه أصبح يستهدف بجانب هؤلاء جميع فئات الأطفال المعرضين للخطر لأسباب بيولوجية وبيئية.[٢]

كما يجب الإشارة إلى أن تصنيف الإعاقة إلى فئات، وهو ما يعرف بالتسميات (*Labeling*) قد ينطوي على مخاطر متنوعة ومن أهم هذه المخاطر أنه لا يوجد فئة واحدة تستطيع حقًا وصف طفل معين بشكل كاف فالأطفال المعاقون بينهم فروق كبيرة.[٣]

حيث تختلف الإعاقة باختلاف موقعها من شخصية الفرد ومدى شدتها ومرحلة حدوثها، بحيث يمكن القول أنه لا يوجد عضو من أعضاء الجسم العضوية أو الوظائف النفسية لم يتعرض لإعاقة في تاريخ الجنس البشري بدرجة من درجات القصور، وكما أنه لا يتماثل اثنان من الأفراد العاديين

---

(١) منى صبحي الحديدي، وآخرون، التأهيل الشامل، القاهرة: الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات، ٢٠٠٩، ص ١٠.

(٢) جمال الخطيب، منى الحديدي، برنامج تدريبي للأطفال المعاقين، عمان: دار الفكر، ٢٠٠٤م، ص١٠.

(٣) منى صبحي الحديدي، وآخرون، التأهيل الشامل، مرجع سابق، ص ١١.

تمامًا في سماتهم الشخصية العضوية والنفسية، كذلك يختلف المعاقون من ناحية وجه الإعاقة وشدتها وفترة ظهورها من المرحلة الجنينية إلى آخر العمر في الحياة.[1]

كما أن هذه التسميات قد تترك تأثيرات سلبية جدًا في الأطفال الذين تطلق عليهم، فغالبًا ما تطمس التسمية أو الفئة التي ينتمون إليها خصائصهم وحاجاتهم الفردية، وتغطي على مواطن أي قوة موجودة لديهم، علاوة على ذلك، فالتسمية تبرز مواطن العجز والضعف لدى الطفل مما يؤثر سلبًا في الصورة التي يكونها الطفل عن نفسه وفي الصورة التي يشكلها الآخرون عنه.[2]

إلا أن هذا – على رغم أهميته – لا يمنع من أن يجري في محيط الأطفال المعاقين أنواع من التصنيفات بقصد الدراسة، حيث ليس الهدف هنا من تصنيف الأطفال المعاقين هو مجرد وضعهم في فئات أو تقسيمهم إلى طبقات لكل سماتها أو أوصافها لوصمهم بالإعاقة وللتفرقة بينهم وبين غيرهم من الأطفال، إنما يكمن الهدف من تصنيفهم هنا التعرف على احتياجاتهم من الخدمات التي تقدمها مراكز التدخل المبكر.

لذا يمكن تصنيف حالات الإعاقة التي تستطيع الإستفادة من الخدمات التي تقدمها مراكز التدخل المبكر إلى المجموعات التالية:

- الأطفال الأكثر عرضة للإصابة من ناحية وراثية أو بيئية.
- الأطفال المتأخرون نمائيًا.
- الأطفال المتأخرون حركيًا.
- الأطفال الذين يعانون من اضطرابات انفعالية شديدة.
- الأطفال الذين يعانون من اضطرابات التواصل.
- الأطفال المتخلفون عقليًّا.
- الأطفال المصابون في أحد الجوانب الحسية (السمعية – البصرية – السمعية والبصرية معًا).

ثالثاً: أهداف مراكز التدخل المبكر:

لأي عمل إنساني في أي اتجاه من اتجاهات الحياة الإنسانية هدف، بل عدة أهداف يسعى إلى تحقيقها، فأي عمل ناجح لابد وأن يكون موجهًا نحو تحقيق أهداف محددة وواضحة "فقيمة الهدف في أنه يجعل للعمل معنى ويعين

---

(١) عبد المجيد عبد الرحيم، تنمية الأطفال المعاقين، القاهرة: دار الغريب للطبع والنشر، ١٩٩٧م، ص ٩٩.
(٢) منى صبحي الحديدي، وآخرون، التأهيل الشامل، مرجع سابق، ص ١١.

له اتجاهًا ويحدد له الوسائل والطرق، ذلك أن الذي لا هدف له لا يعرف لذة العمل ولا يتذوق طعم الحماس وهو بعد ضائع لا يعرف أين ينتهي ولا يستطيع الجزم بأفضلية طريقة على طريقة ووسيلة على أخرى".[١]

فلا شك أن تحديد الهدف هو الخطوة الأولى في كل عمل مستنير، فالهدف الذي يؤمن الإنسان به يخلق الدافع ويوجه الجهود، ويساعد في اختيار الوسائل المناسبة لتحقيقه، ويمكنه من تقدير مدى النجاح الذي تحقق. وبدون الهدف يصبح العمل نوعًا من المحاولة والخطأ التي تعتمد على العشوائية والارتجال، وهو ما يجب تجنبه في العمل التربوي بوجه عام وفي التربية المبكرة للأطفال المعاقين بوجه خاص.

لذا كان لابد من تحديد أهداف واضحة لمراكز التدخل المبكر لتسير العملية التربوية في ضوئها، حيث يعد تحديد الأهداف من أهم الوسائل وأعظمها خطرًا إذ يحدد نوع التربية التي ينشأ الأطفال عليها، وهي الخطوط الكبرى التي يسعى النظام التربوي بالمؤسسة إلى مساعدة الطفل على بلوغها، بالقدر الذي تسمح به إمكاناته وقدراته، فالأهداف تمثل المضامين والغايات والمقاصد التي تشكل منطلقات الفعل التربوي كله، وهي رسالة المؤسسة التربوية،التي تعبر عن المرامي النهائية، التي ترغب المؤسسة في تجسيدها إلى خصائص وسمات في شخصية الطفل.[٢]

كما تسهم الأهداف التربوية في إيجاد لغة مشتركة بين العاملين في الميدان التربوي، تيسر عملية اتصالهم وتفاهمهم في مجالات عملهم المختلفة، وتساعدهم على اختيار أوجه النشاط المناسبة، وأخيرًا فإن تحديد الأهداف يساعد في الحكم على مدى نجاح عملية التعليم والتعلم وتحديد جوانب القوة والضعف فيهما وبالتالي تطويرهما.[٣]

وإذا كان للتربية غايات كثيرة وأنواع متعددة، وإذا كانت الأمم تشترك في معظم هذه الغايات وتهتم بهذه الأنواع فإن حاجات الأمم المختلفة وظروفها المتباينة واختلاف درجة رقيها تحتم عليها أن تختلف بالأهداف وأن تزيد عنايتها ببعض الأنواع على اهتمامها بالأنواع الأخرى [٤].

---

(١)فاخر عاقل، التربية قديمها وحديثها ، مرجع سابق، ص ٢٦٧.

(٢)رانيا عبد المعز الجمال، السياسة التعليمية لطفل ما قبل المدرسة – دراسة مقارنة، الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة للنشر، ٢٠٠٩م، ص ص ١٦٤- ١٦٥.

(٣) حياة المجادي، أساليب ومهارات رياض الأطفال، العين: مكتبة الفلاح، ٢٠٠١م، ص ١٧.

(٤)فاخر عاقل، التربية قديمها وحديثها ، مرجع سابق، ص ٢٦٧.

لذا فإن أهداف مراكز التدخل المبكر قد تختلف من مجتمع إلى آخر لكونها تشتق هذه الأهداف من المصادر الرئيسية التالية:[1]

- فلسفة المجتمع وقيمه واتجاهاته الفكرية ومثله العليا وأهدافه المتصلة بهذه المثل.
- طبيعة المجتمع، وتراثه الثقافي، وتغيراته الحضارية، ومطالبه الاقتصادية.
- خصائص الطفل النمائية، وحاجاته وميوله واستعداداته وأساليب تعلمه.
- الاتجاهات المعاصرة في التربية المبكرة للطفل المعاق.

ولكن بالرغم من اختلاف أهداف مراكز التدخل المبكر باختلاف المجتمعات التي تنشأ فيها إلا أن هناك مجموعة من الأهداف التي يمكن الاتفاق عليها باعتبارها تمثل أهدافًا مشتركة لمعظم مراكز التدخل المبكر، والتي يحاول المؤلف صياغتها فيما يلي:[2]

- التعرف والكشف المبكر عن حالات الإعاقة أو عن الحالات التي يتوقع لها أن تتطور إلى إعاقة.
- المساهمة في التوصل إلى التشخيص الصحيح والدقيق لإعاقة الطفل.
- تصنيف الأطفال حسب إعاقاتهم وتحديد فئات كل إعاقة.
- ضمان بدء خدمات التدخل المبكر في الوقت المناسب للأطفال المصابين أو المعرضين لخطر الإعاقة.
- الوقاية الثانوية من الإعاقة وذلك بالتقليل من الآثار السلبية لإعاقة الطفل والمنع قدر الإمكان من تدهور حالته.

---

(١) عبد الكريم فتح الله، تربية أطفال ما قبل المدرسة، دمشق : دار طلاس ، ٢٠٠٦، ص ص ٦٤، ٦٥.

(٢) تم الرجوع للمصادر التالية:

- رضا مسعد السعيد، هويدا محمد الحسيني، استراتيجيات معاصرة في التدريس للموهوبين، والمعوقين الإسكندرية : مركز الإسكندرية للكتاب ، ٢٠٠٧م ، ص ص١٧٤ – ١٧٥.
- خولة أحمد يحيى، البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة، مرجع سابق، ص ٣٧٤.
- تيسير مفلح كوافحة، عمر فواز عبد العزيز، مقدمة في التربية الخاصة، عمان: دار المسيرة ٢٠٠٣م، ص ص ١٧، ١٨.
- قحطان أحمد الظاهر، مدخل إلى التربية الخاصة ، مرجع سابق، ص ص ٣٢، ٣٣.
- كريمان بدير، تقويم نمو الطفل ، مرجع سابق، ص ٢٨٣.
- إبراهيم عباس الزهيري، فلسفة تربية ذوي الحاجات الخاصة ونظم تعليمهم، تقديم أحمد إسماعيل حجي، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق، ١٩٩٨م، ص ٢٩.
- أسامة محمد البطاينة، وآخرون، علم نفس الطفل غير العادي، عمان: دار المسيرة، ٢٠٠٧م ص ص ١٦٨ – ١٦٩.

- تهيئة البيئة التربوية الصالحة لتفتح قدرات الطفل وإمكاناته، ومساعدته كي ينمو نموًا متكاملاً متوازنًا من جميع النواحي.
- توفير الاحتياجات الأولية والرعاية الصحية اللازمة للطفل.
- توفير الأنشطة والبرامج التربوية الفردية المناسبة للطفل.
- توفير الأجهزة التعويضية والخدمات المساندة الخاصة بكل فئة من فئات الأطفال المعاقين.
- تنمية القيم الروحية والأخلاقية لدى الطفل.
- تعزيز الشعور الإيجابي بقيمة الذات لدى الطفل، من خلال التركيز على مواطن القوة والنجاح لديه.
- وقاية أجسام الأطفال من التشوهات والإصابات الناتجة عن ممارسة عادات حركية غير سليمة، واستبدالها بأخرى سليمة.
- تدريب حواس الطفل بما يتناسب مع إعاقته .
- تنمية حاسة التذوق الجمالي والفني لدى الطفل.
- توفير الجو النفسي الآمن المليء بالقبول والتقدير والحب.
- تعليم الطفل الحد الأدنى من المبادئ الأساسية للمواد الدراسية بالطرق والأساليب المناسبة لعمره وظروف إعاقته.
- العمل على الوصول بالطفل إلى الاستقلالية الذاتية وتهيئته للاندماج بالمجتمع.
- التقليل من احتياجات الطفل المستقبلية لخدمات التربية الخاصة.
- توفير المعلومات وتقديم المشورة والتدريب المناسب لأسرة الطفل المعاق.
- توفير حلقة وصل بين الأطفال المعاقين وأسرهم من ناحية والمختصين ومقدمي الرعاية من ناحية أخرى.
- التقليل من جهد الأسرة والضغوط عليها من خلال توفير الدعم المناسب لها.

وبذلك ومن خلال صياغة أهداف مراكز التدخل المبكر يمكن القول أن التحاق الطفل المعاق بهذه المراكز سوف يعمل على مساعدته في استخراج أقصى طاقاته الكامنة في الجوانب التي قد يظهر فيها التأخر مقارنة بأقرانه من الأطفال العاديين، حيث تعمل هذه المراكز على تشخيص المشكلة التي يعاني منها الطفل وصياغة البرامج التي توفر له فرص النجاح، حيث تحاول

هذه البرامج أن تتخطى العوق في نظرتها للطفل فتدفعه للنجاح بدلاً من الإحباط، بالإضافة إلى أنها مصممة لمساعدة الآباء من خلال تعليمهم أفضل السبل لرعاية أبنائهم.

رابعاً: أهمية مراكز التدخل المبكر:

إذا كانت التربية فيما قبل المدرسة تشكل أهمية كبيرة للأطفال العاديين فإن هذه الأهمية لابد وأن تمثل ضرورة قصوى للأطفال المعاقين، لأن تلك التربية المقدمة لهم تحتاج إلى نوع وأسلوب خاص يتلاءم مع نوع ومستوى إعاقتهم،لذا فإن حرمان الطفل المعاق من الالتحاق بمؤسسات التربية فيما قبل المدرسة يعد ظلمًا تربويًا وإهدارًا لمبدأ تكافؤ الفرص.

حيث أن مبدأ تكافؤ الفرص قد تعدى مفهوم التعليم الإلزامي إلى تكافؤ فرص النجاح، وتجديد نوعية التربية للجميع، وإفساح مجال المنافسة العادلة وإتاحة الفرص المتكافئة أمام القابليات والقدرات، بغض النظر عن أي اعتبارات اجتماعية أو ثقافية أو سياسية أخرى، ولما ترك للتربية قبل المدرسة أدوار تيسير التفتح الكامل لشخصية الطفل عن طريق الاستجابة لحاجات نموه المعرفي والانفعالي والسلوكي، وعن طريق تلبية نزوعه إلى الاستقلال، وتيسير تواصله مع المجتمع وتحقيق مشاركته في حياة الزمرة الاجتماعية التي ينتسب إليها، بالإضافة إلى دورها في تنمية مهاراته، وإذا كان كل هذا متوقع قبل المدرسة، فإن أي تمييز بين الأطفال في هذه المنافع هو الظلم التربوي بعينه.(١)

وبذلك فإن حصول الأطفال العاديين على تربية مناسبة فيما قبل المدرسة دون الأطفال المعاقين يعتبر منافيًا لمبدأ تكافؤ الفرص التربوية للجميع، ولما كان الطفل العادي بإمكانه الحصول على خدمات التربية فيما قبل المدرسة من خلال مؤسسات الحضانة ورياض الأطفال وغيرها من المؤسسات التي يوفرها له المجتمع بهدف تقديم هذا النوع من التربية، ففي المقابل فإن الأطفال المعاقين في حاجة ماسة إلى مؤسسات قادرة على تلبية احتياجاتهم التربوية الخاصة في تلك المرحلة المبكرة من حياتهم ؛ لذا تظهر أهمية مراكز التدخل المبكر باعتبارها من أهم المؤسسات التي يمكنها تقديم تلك الخدمات التربوية للأطفال المعاقين فيما قبل المدرسة. والتي تتضح أهميتها لكونها قادرة على ما يلي:

---

(١) سوسن شاكر مجيد، العنف والطفولة: دراسات نفسية، عمان: دار صفاء للنش والتوزيع، ٢٠٠٨م، ص٢١.

• الاكتشاف المبكر لإعاقة الطفل وتشخيصها:

يعد الكشف والتشخيص المبكران وثيقي الصلة بالتدخل المبكر، فلا يمكن أن يكون هناك تدخلا فعالا دون أن يكون هناك كشفًا مبكرًا، وبدون التشخيص لا يمكن تحديد الفئات المستهدفة من برامج التدخل المبكر، لكن نسبة حدوث الأخطاء سواء ما يتعلق منها بالفشل في التعرف على بعض الأطفال المعاقين (التطمين الخاطئ) أو بتصنيف بعض الأطفال على أنهم معاقون (التحذير الخاطئ) تشكك في مصداقية أدوات الكشف والتشخيص والقائمين عليهما.(١) فمجال التدخل المبكر مجال بالغ التعقيد وقد ينطوي على أخطاء متنوعة في مجالي الكشف والتشخيص.(٢)

لذا فإن دور طبيب الأطفال أو طبيب العائلة في عملية الكشف عن حالة الإعاقة غالبا ما يكون صعبًا، فهم ليسوا على علاقة دائمة بخدمات التدخل المبكر بل إنهم قد لا يعرفون شيئًا عنها، ويتجنب بعض الأطباء الكشف عن الصعوبات النمائية لأن تدريبهم يركز على الجوانب المرضية للطفل، كذلك قد يشجع الأطباء الوالدين على الانتظار حتى في حالة إدراك وجود مظاهر نمائية غير عادية، وكثيرًا ما لا يعرف أطباء الأطفال بوجود برامج التدخل المبكر، وعندما يعرفون فهم يعتقدون أن سيئات تشخيص الإعاقة تفوق الفوائد التي تعود على الطفل من الالتحاق بهذه البرامج، كذلك فهم قد يحجمون عن تبادل المعلومات مع الأخصائيين القائمين على هذه البرامج إما بسبب التحيزات الشخصية أو بسبب خبراتهم مع الآخرين التي تزخر بالمشكلات وسوء الفهم وصعوبة التواصل.(٣)

كل ذلك يجعل من الصعب اكتشاف إعاقة الطفل بالطرق والأساليب المتبعة عادة، وخاصة عندما تكون هذه الإعاقة بسيطة أو متوسطة حيث يسهل الكشف المبكر عن الإعاقات الحادة والشديدة كالعمى الكلي والصمم، إلا أن الإعاقات المتوسطة والبسيطة كالتخلف العقلي البسيط والدرجات البسيطة

---

(١) خولة أحمد يحيى، البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة، مرجع سابق، ص ٣٦٥.

(٢) زينب محمود شقير، خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة: الدمج الشامل – التدخل المبكر – التأهيل المتكامل، مرجع سابق، ص ١٣٩.

(٣) ألفرد هيلي، وآخرون، الخدمات المبكرة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة: تفاعلات متبادلة لدعم الأسرة ترجمة منى الحديدي، جمال الخطيب، الشارقة: مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية ١٩٩٣ م، ص٨٩.

والمتوسطة من الإعاقة السمعية والبصرية تعزو جهدًا أكبر ووقتًا أطول ومتخصصين على درجة عالية من المعرفة والمهارة لاكتشافها.(١)

لذا تظهر أهمية مراكز التدخل المبكر في الكشف عن الإعاقة وتشخيصها حيث أنها تستطيع توفير مجموعة من الأدوات والأساليب والجهود المتخصصة والمنظمة التي تعمل على الكشف عن حالات الإعاقة وتشخيصها التشخيص السليم وتحديد مستوياتها، ووصف الإجراءات والبرامج اللازمة والمناسبة لها، حيث أنه كلما تم اكتشاف الإعاقة في وقت مبكر، وكلما تم تقديم برنامج تربوي أو علاجي آنذاك كانت النتائج أفضل.

- الحد من تطور الإعاقة:

إن التحاق الأطفال المعاقين بمراكز التدخل المبكر قد يخفف أو يمنع الإعاقة وبالتالي يحد من تحويل أعداد كبيرة لبرامج التربية الخاصة، مما يؤدي بالتالي إلى تخفيف الجهد والتكلفة المادية المتوقعة لاحقًا والمترتبة على تقديم خدمات تربوية متخصصة.

"فتوفير برامج غنية بالمثيرات في السنوات الأولى من حياة الطفل المعاق يساعد بشكل كبير في اكتسابه العديد من المفاهيم والمهارات الضرورية وفق الاحتياجات الفردية لكل حالة". (٢)، "كما أن التعلم المبكر للطفل يوفر الأساس للتعلم التالي أو اللاحق، وبالتالي كلما تم الإسراع باستخدام برنامج خاص للتدخل كان من الأكثر احتمالاً أن يستمر الطفل في تعلم مهارات أكثر تعقيدًا". (٣)

فقد أشارت نتائج الدراسات والأبحاث إلى وجود فترات نمائية حرجة وعلى الأخص في السنوات الأولى من حياة الطفل، حيث يكون الطفل أكثر عرضة وحساسية وتأثرًا بالخبرات المحيطة، وبالتالي فإن تقديم خدمات مبكرة للأطفال المعاقين يمكن أن يطور الأنماط الأولى من التعلم والتي تعتبر في حد ذاتها قاعدة رئيسية لجميع مهارات النمو اللاحقة، أما الذين لا تقدم لهم برامج تدخل مبكر فهي سنوات حرمان وفرص ضائعة وربما فترات تدهور نمائي أيضًا. (٤)

---

(١)عبد المطلب أمين القريطي، سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم ، مرجع سابق،ص ٢٦.

(٢)يوسف القريوتي، وآخرون، المدخل إلى التربية الخاصة ، مرجع سابق، ص ٤٦٧.

(٣) دانيال. ب. هالاهان، جيمس.م. كوفمان، سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم، مرجع سابق ص ١٣٦.

(٤) زينب محمود شقير، خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة: الدمج الشامل – التدخل المبكر – التأهيل المتكامل، مرجع سابق، ص ١٤٣.

كما لوحظ من خلال الدراسات التجريبية التي أجريت على الأطفال المعاقين، أو المعرضين لخطر الإعاقة الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر الكثير من النتائج الإيجابية والتي من أهمها أن الأطفال الذين التحقوا بهذه البرامج حصلوا على علامات أعلى في اختبارات الذكاء، كما كانت احتمالية متابعتهم للدراسة الثانوية أكثر مقارنة بمن لم يلتحقوا بهذه البرامج.

ويعد برنامج (*High/Scope perry*) قبل المدرسي الذي نفذ في مدينة (إيبسلانتي) في ولاية (ميتشيغان) بالولايات المتحدة الأمريكية أكثر برامج التدخل المبكر شهرة من حيث تتبع المشاركين في البرنامج تتبعًا طويل الأجل حيث أجريت دراسة على مجموعة مؤلفة من (١٢٣) طفلا أمريكيًا من أصول إفريقية يصنفون على أنهم من الأطفال الأكثر عرضة للإعاقة والإخفاق المدرسي وتم اختيار (٥٨) منهم عشوائيًا وضمهم إلى مجموعة شاركت في برنامج تدخل مبكر عالي الجودة في سن الثالثة والرابعة، وشكل باقي الأطفال البالغ عددهم (٦٥) طفلا المجموعة الضابطة. وخضع جميع الأطفال للتقييم سنويا حتى سن الحادية عشرة وعدة مرات في حياتهم بعد ذلك كانت آخرها عندما بلغوا سن الأربعين. وأظهرت عمليات المقارنة بين المشاركين في البرنامج وبين المجموعة الضابطة أن المشاركة في البرنامج أدت إلى زيادة معدل الذكاء في سن الخامسة (٦٧% مقابل ٢٨%)، وإلى تعزيز فرص النجاح في المدرسة وارتفاع معدلات التخرج من المدرسة الثانوية (٦٥% مقابل ٤٥%) لصالح المجموعة المستفيدة من البرنامج.[١]

- التقليل من الآثار المترتبة على الإعاقة:

إن التأخر النمائي قبل سن الخامسة مؤشر خطر ويقدم نذر مبكرة باحتمالية معاناة الطفل من مشكلات أو اضطرابات في الأعمار اللاحقة.[٢] حيث يأخذ النمو عند الطفل طابع الوحدة والاستمرارية، وهذا يعني أن كل مرحلة تؤثر فيما يليها وتتأثر بالمرحلة السابقة عليها. ودورة النمو في شمولها تتضمن دورات صغرى مترابطة متكاملة، فالنمو العام يشمل دورة النمو السيكولوجي، والنمو الجسدي، والنمو العقلي، والنمو اللغوي، وغيرها من

---

(1) Nicholas Burnett &Others ,strong foundations: early childhood care and education , education for all global monitoring report 2007, Op.Cit.,P122.

(٢) خولة أحمد يحيى، البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة،مرجع سابق، ص ٣٧٠.

دورات النمو، فعملية النمو هي عملية معقدة تتداخل جميع مظاهرها تداخلا وثيقًا وتترابط في سياق التوجه نحو التكامل.(١)

فالطفل كيان واحد موحد، مهم بكافة جوانبه، حيث يتأثر كل جانب بالجوانب الأخرى ويؤثر فيها. فإذا حدث خلل أو اضطراب في أحد الجوانب فإنه يتسبب عن ذلك حدوث مشكلة في بعض الجوانب الأخرى. لذا فإنه إذا لم تقدم للطفل المعاق خدمات التدخل المبكر سيتدهور وضعه غالبًا بشكل مطرد، وقد ينجم عن المشكلة الرئيسية التي يعاني منها مشكلات عديدة أخرى، والتدخل المبكر الفعال الذي يوفر الخدمات المناسبة في هذه المرحلة الحرجة، قادر ليس على وقف التدهور فقط بل وعلى الوقاية من العواقب المحتملة للمشكلة وتفاقمها.(٢)

وقد أشارت العديد من الدراسات إلى ذلك ففي عام ١٩٩٨م ، تم حصر الدراسات التي عنيت بقياس مدى تقدم التلاميذ الملتحقين ببرامج (تيتش*TEACCH*)(علاج وتربية الأطفال التوحديين ومشكلات التواصل المشابهة *Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children :TEACCH)*

وكان عددها ثماني دراسات علمية ، وفي إحدى هذه الدراسات اشتركت ***348*** أسرة ممن لديهم أبناء ملتحقون بمراكز (تيتش) حيث طلب منهم تعبئة استقصاءات عن تجربتهم مع مراكز (تيتش) وقد أشارت الأغلبية إلى أنها كانت بشكل عام مقتنعة وراضية جدًا عن مدى تقدم أبنائها. هذا بالإضافة إلى أن ***63***% من هؤلاء الأطفال تمكنوا من الاندماج نسبيًا في المجتمع عوضًا عن بقائهم في معاهد تؤيهم وتقضي احتياجاتهم الأساسية ، وتعتبر هذه النسبة قياسية ولاسيما حين مقارنتها بنتائج الدراسات التي أجريت في الفترة ما بين ***1967*** و ***1973*** والتي أشارت بدورها إلى أن ***26***% فقط من الأطفال المعاقين تمكنوا من الاندماج في المجتمع ، بينما انتهى الأمر ببقيتهم إلى الإقامة في مؤسسات خاصة . (٣)

وعلى ضوء ذلك فإن مراكز التدخل المبكر تمثل أهمية قصوى للأطفال المعاقين، لكونها قادرة على تقديم وقاية ثانوية من الإعاقة بما تقدمه من رعاية

---

(١) علي أسعد وطفة، خالد الرميضي، التربية والطفولة: تصورات علمية وعقائد نقدية، مرجع سابق، ص٥٣.

(٢) خولة أحمد يحيى، البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة،مرجع سابق، ص ٣٨٤.

(٣) وفاء علي الشامي، علاج التوحد – الطرق التربوية والنفسية والطبية ، مرجع سابق، ص ٤٧.

مبكرة لأولئك الأطفال من أجل تنمية قدراتهم والعناية بتربيتهم، مما يؤدي إلى الحد من الإعاقة ومضاعفاتها ومن تطورها السلبي، وتخفيفها إلى أقصى حد ممكن.

- تقديم خدمات التربية الخاصة:

يعد الطفل مختلفًا تربويًا حين يحتاج إلى تدخل ومتابعة مختصة لمساعدته على الوصول إلى أقصى قدراته، أي حين يحتاج إلى الخدمات التربوية الخاصة.(١)وباعتبار الأطفال المعاقين هم في الأساس ذوي احتياجات تربوية خاصة لذا فهم في حاجة ماسة لهذه الخدمات.

حيث تعني الخدمات التربوية الخاصة "كل ما يستخدم ويقدم للأطفال المعاقين من تسهيلات وبرامج ومواد وأجهزة وأساليب رعاية صحية وتعليمية ونفسية واجتماعية وتأهيلية وثقافية وإعلامية، وما يتخذ في هذا الشأن من تشريعات وإجراءات وتدابير لتلبية احتياجاتهم وتنمية طاقاتهم واستعداداتهم المختلفة، ومساعدتهم على تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي، والتغلب على مشكلاتهم، وتمكينهم من ممارسة حياة اجتماعية طبيعية، والمشاركة بحسب إمكاناتهم كمواطنين صالحين في حياة مجتمعهم". (٢)

وينظر إلى الخدمات التربوية الخاصة على أنها تلك الخدمات التي تعتبر لازمة لتحقيق أهداف التربية الخاصة ، فعلى سبيل المثال يعتبر توفير سبل الانتقال من وإلى المكان الذي تتم فيه تلك التربية إحدى الخدمات التي لا يمكن الاستغناء عنها أو تجاهلها، كذلك فإن عملية التشخيص، والعلاج الطبي والوظيفي والترويح، وعلاج اضطرابات اللغة والتخاطب، والخدمات النفسية والإرشادية تعتبر أيضًا من خدمات التربية الخاصة.

من هنا تظهر أهمية مراكز التدخل المبكر باعتبارها تهدف في الأساس إلى توفير العديد من خدمات التربية الخاصة المبكرة للأطفال المعاقين وأسرهم فالتدخل المبكر يعني - في جانب منه - سرعة تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية الشاملة وكذلك البرامج التأهيلية والتربوية والنفسية اللاحقة، كما ينظر له على أنه نظام خدمات متعدد العناصر للأطفال في

---

(١) ريم نشابة معوض، الولد المختلف – تعريف شامل لذوي الحاجات الخاصة والأساليب التربوية المعتمدة، بيروت: دار العلم للملايين، ٢٠٠٤م، ص ١٧.

(٢) عبد المطلب أمين القريطي، سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم ، مرجع سابق، ص ٢١.

مرحلة الطفولة المبكرة الذين لهم حاجات نمائية وتربوية خاصة كما أنـه نظـام لدعم الأسر وتزويدها بالإرشاد والتدريب.[١]

- توفير فريق متعدد التخصصات:

إن الآثـار التـي تتركهـا الإعاقـة علـى الطفـل ، والاحتياجـات التربويـة والنفسية الخاصة التي تترتب عليها لدى كل فئة من فئات الأطفال المعاقين ليست واحدة وإنما قد تتباين هذه الآثار وتلك الحاجات تبعًا لتباين الإعاقات أي أن هنـاك متطلبـات نمو وحاجات خاصـة تـرتبط بكل نـوع من هذه الإعاقات وتختلف تبعًا لها كما تختلف هذه المتطلبات وتلك الاحتياجات ومن ثم البرامج المشبعة لها تبعًا لتفاوت مستويات الإعاقة الواحدة.[٢]

وبمـا أن الأطفـال المعـاقين لـديهم خصـائص ومـواطن ضـعف متباينـة ومتفاوتـة تبعًـا لنـوع الإعاقة ومستوياتها فـإن حاجـاتهم متعددة ومعقدة ولـيس باستطاعة أي تخصص بمفرده أن يتفهمهـا ويعمـل علـى تلبيتهـا بشـكل كامـل ومتكامل، لذا فإن الأمر يتطلـب قيـام فريق متعـدد التخصصـات بتحديد طبيعـة الخدمات اللازمة وعناصرها، وطريقة تقديمها، وجدير بالذكر أن وجود هذا الفريـق لـيس ضـروري فـي مرحلـة التشـخيص واختيـار الوضـع التعليمـي المناسب فقط، ولكنه ضروري أيضًا في المراحل اللاحقة جميعًـا والتـي تشمل تصميم البرامج الخاصة والمساندة، وتنفيذها وتقييمها.[٣]

لذا فمن الخصائص المميزة لمراكز التدخل المبكر قدرتها علـى تـوفير عدة اختصاصيين للقيام بعملية تخطيط الخدمات للأطفال المعاقين وتقديمها ومتابعتها، فبالرغم من أن أعضاء الفريق متعدد التخصصات الذي يقوم علـى تنفيذ خدمات التدخل المبكر بهذه المراكز قد يختلف من مركز إلـى آخر ومـن إعاقة إلى أخرى إلاَّ أن معظم المراكز تعمل جاهدة علـى تـوفير اختصـاصيين في طب الأطفال والعلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي والعمل الاجتمـاعي وعلـم الـنفس والتربيـة الخاصـة واضـطرابات الكـلام واللغـة وغيـرهم مـن الاختصاصيين.

---

(١) زينب محمود شقير، الاكتشاف المبكر والتشخيص التكاملي لغير العاديين، سلسلة ذوي الاحتياجات الخاصة، المجلد الأول، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية، ٢٠٠٥م ، ص ١٣.

(٢)عبد المطلب أمين القريطي، سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم،مرجع سابق،ص ص٤٠-٤١.

(٣) جمال الخطيب، تعليم ذوي الحاجات الخاصة في المدرسة العادية: مدخل إلى مدرسة الجميع، عمان: دار وائل، ٢٠٠٤م، ص ١٨٢.

- توفير البرامج التربوية الفردية للطفل:

تعتبر البرامج التربوية الفردية *Individualized Education Programs* هي الأساس لكافة النشاطات التدريبية والإجراءات التعليمية في مجال التربية المبكرة للأطفال المعاقين، فكل طفل من الأطفال المعاقين يعد في حاجة إلى برنامج تربوي فردي خاص به يتم استخدامه معه حتى يمكن أن يأتي الأمر بنتائج إيجابية عند تعليمه.(١)

فالبرنامج التربوي الفردي هو عملية تنظيمية مدروسة، الغاية منها التخطيط التربوي المنظم الذي يراعي فردية الطفل، فهو يتضمن ملخصًا لمستويات الأداء الراهن، والأهداف السنوية ، والأهداف قصيرة المدى، والخدمات التربوية الداعمة اللازمة لتحقيق الأهداف، ومحكات التقييم لكل هدف، ولكي يكون البرنامج مناسبًا وشاملاً، ينبغي أن تشارك لجنة من المتخصصين في تصميمه وتنفيذه، وتقييمه. ويقوم كل عضو من أعضاء اللجنة بجمع المعلومات عن الطفل وتحديد حاجاته ومشكلاته، واقتراح الحلول والخدمات اللازمة.(٢)

لذا فإن من أهم ما يميز مراكز التدخل المبكر هو توفيرها لمجموعة من البرامج التربوية الفردية التي أثبتت الدراسات قدرتها على تغيير سلوك الأطفال المعاقين وهذا التغير في السلوك قد يتمثل بزيادة مستوى استقلالية الطفل وتحسن قدراته على العناية بذاته، واكتسابه لمهارات وأنماطًا سلوكية جديدة، لم يكن قادرًا على تأديتها، وتطور معدلات النمو لديه سواء من الناحية المعرفية أو الحركية أو اللغوية أو الاجتماعية.(٣)

- توفير الدعم اللازم للأسرة:

مع ولادة طفل جديد بالأسرة وتشخيصه كطفل ذو إعاقة يبدأ التغير في الأسرة، فالأسرة ليست كيان ساكن لاحراك فيه، ولكنها وحدة اجتماعية متطورة متنامية آخذة في النمو والحركة، كما أن أفراد الأسرة يتغيرون بمرور الوقت، وكذلك احتياجاتهم ومواردهم تتغير، ولابد أن يواكب هذه

---

(١) دانيال. ب. هالاهان، جيمس.م. كوفمان،سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم،مرجع سابق، ص ٤٤.

(٢) منى الحديدي، جمال الخطيب، استراتيجيات تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة، عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع، ٢٠٠٥ م، ص ١٠٤.

(٣) آمال محمود عبد المنعم، استراتيجيات التدخل المبكر ورعاية الأطفال المعاقين عقليًا، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق، ٢٠٠٨م، ص ٥٢.

التغيرات تغيرًا في الخدمات المقدمة مما يعطي الأسرة الاستمرارية والتكيف المرن مع هذه الاحتياجات المتزايدة.[١]

فيحتاج أفراد أسرة الطفل المعاق إلى العديد من الخدمات التدريبية والإرشادية والاقتصادية والاجتماعية وهم يحتاجون إلى الحصول على هذه الخدمات بدلا من بحثهم عنها، ويحتاجون خدمات تنظم لهم بدلا من تلك التي ينظمونها لأنفسهم، كما يحتاج الآباء إلى الفنيين ذوي الإعداد الأكاديمي السليم والثبات الانفعالي والاستعداد لمواجهة الوضع مع الآباء ومشاركتهم وجدانيًا وترجمة صورة حقيقية للوضع الحالي للطفل، بالإضافة إلى التقديرات المستقبلية التي يمكن عملها.[٢]

لذلك تعمل مراكز التدخل المبكر على محاولة تلبية العديد من هذه الخدمات فهي تحاول أن تساعد الأسرة على التكيف مع الطفل بما توفره لها من مهارات تساعدها على التعامل معه بشكل فعال في المنزل، بالإضافة إلى توفير الخدمات التي ترتبط بالدعم الإضافي الذي قد تحتاج إليه مثل الإرشاد أو المساعدة الطبية.[٣]

ومما يزيد من أهمية مراكز التدخل المبكر في هذا المجال هو قدرتها على توفير برامج تربوية فردية للأسرة، فالبرامج التي تركز على الطفل فقط هي برامج جزئية لأن برامج التدخل المبكر الناجحة هي تلك البرامج التي تدعم الآباء للقيام بدور المعلم الأساسي للطفل وتعمل على تدعيم العلاقة بين الآباء وأطفالهم.

فمنذ أواخر عام ١٩٨٠م، ومجال التدخل المبكر في أمريكا والدول المتقدمة شهد تحولاً في رؤية الممارسين والمهنيين لفلسفة التدخل المبكر، حيث أصبح الاهتمام يرتكز على أسر الأطفال المعاقين بجانب التركيز على الطفل المعاق نفسه فأصبح ينظر إلى الأسرة كخبيرة في تنشئة الطفل وكشريكة في تقديم خدمات التدخل المبكر، بل وصياغة أهداف التدخل المناسبة لها ولطفلها.[٤]

---

(١) محمد فؤاد الحوامدة، زيد سليمان العدوان، مناهج رياض الأطفال: أسس تنمية الطفولة المبكرة، إربد: عالم الكتب الحديث، ٢٠٠٩م، ص ٨٩.

(٢) جاك سي استيورت، إرشاد الآباء ذوي الأطفال غير العاديين، مرجع سابق، ص ١٩٠.

(٣) دانيال.ب.هالاهان،جيمس.م. كوفمان،سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم،مرجع سابق،ص ١٣٦.

(4) *SeldaÖzdemir, A Paradigm Shift in Early Intervention Services: From Child-Centeredness to Family Centeredness,Op.Cit., P. 15.*

لـذا تتمثـل إحـدى الخصـائص المميـزة لبـرامج التـدخل المبكـر التـي استخدمت حديثًا تضمنها للخطـة الفرديـة لتقديم الخدمات الأسـرية (**IFSP**) وذلك للمشاركة الفعلية والفاعلة للوالدين فيها. حيث للآباء حق أساسي لا يمكن التغاضي عنه في المشاركة بتربية أطفالهم بالإضافة إلى أن هذه المشاركة تضفي على العناية بالطفل صفة الاستمرارية وينجم عنها فوائد للأطفال الآخرين في الأسرة، مما يساعد الأسرة على تخطي مجموعة كبيرة من المشاكل التي تتعرض لها، وبالتالي ينعكس على الطفل فيحميه من تطور الإعاقة وما يرتبط بها من مشكلات ويحسن من حالة الطفل ويرفع مستوى قدراته، فتتحسن توقعات ذويه وتتغير اتجاهاتهم السلبية نحوه، فيتجدد الأمل في نفوسهم من أجل تنشئته كشخص له قيمة.

- حماية الطفل من أساليب التنشئة الأسرية الخاطئة:

إن وجود طفل معاق لأسرة ما يجر عليها مشكلات إضافية وعلاقات أسرية أكثر تعقيدًا، وقد يكون له الأثر الكبير في إحداث تغير في تكيف الأسرة، وإيجاد خلل في التنظيم النفسي والاجتماعي لأفرادها، بغض النظر عن درجة تقبل الأسرة لهذا الطفل، ومن أبرز المشكلات التي تواجهها أسر الأطفال المعاقين بشكل عام الأزمات الزوجية، وزيادة العدوانية والاكتئاب والشعور بالذنب والقلق والتوتر والصعوبات المادية والعزلة عن الناس.(١)

ويحاول معظم الآباء حل هذه المشكلات، أو على الأقل يحاولون التكيف مع ظروف الإعاقة، ويترتب على ذلك بعض أشكال السلوك التي يقوم بها الآباء لحل المشكلات أو مسايرتها لا تتم بصورة جيدة، بل ربما تكون ذات طبيعة عكسية أحيانًا، أي أنها تجعل المشكلات القائمة أكثر حدة وأكثر صعوبة في تفسيرها ويتولد عنها مشكلات إضافية تؤثر في مجملها على الأساليب والطرق المتبعة في تنشئة الطفل.(٢)فقد يتخذ الوالدان أساليب غير سوية عند تنشئة الطفل المعاق مما يترك آثار وخيمة على شخصيته.

---

(١) خولة أحمد يحيى، إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، عمان: دار الفكر، ٢٠٠٣م،ص ص ٣٤- ٣٥.

(٢) فتحي السيد عبد الرحيم، قضايا ومشكلات في سيكولوجية الإعاقة ورعاية المعوقين – النظرية والتطبيق، ط ٣ ؛ الكويت: دار القلم، ١٩٩٩م، ص ٢٠٨.

من هنا تظهر أهمية مراكز التدخل المبكر في تجنيب الطفل أضرار التنشئة الأسرية الخاطئة، حيث تعمل على تزويد الوالدين بالمساعدة المبكرة والمتخصصة لتكوين أنماط بناءة ومنظمة من العلاقة الأسرية مع طفلهما، كي يستطيعوا تزويده بالرعاية الكافية والتدريب اللازم والمناسب له.

حيث أن إهمال عملية التدخل المبكر يعتبر سببًا في إيجاد وترسيخ أنماط تنشئة أسرية خاطئة لدى الطفل المعاق ومنها تقديم الحماية الزائدة له، أو حرمانه وتجاهله وعقابه والتمييز بينه وبين أخوته وتوبيخه وإشعاره بالدونية وعدم تقبله ورفضه وترسيخ عادات خاطئة لديه تتعلق بعادات النوم والطعام والنظافة.

خامساً: الإجراءات المتبعة بمراكز التدخل المبكر:

هناك مجموعة من الإجراءات التي ينبغي إتباعها بمراكز التدخل المبكر والتي تتمثل في:

١- الكشف المبكر : *Early Identification*

يعد الكشف المبكر أو التعرف المبكر أهم خطوات التدخل المبكر التي تبنى عليها خدمات التدخل المبكر في مراحله التالية، وليس المقصود بالكشف المبكرهو اكتشاف الإصابة في سن ما قبل المدرسة، ولكن المقصود والأهم اكتشافها في أقرب وقت ممكن عقب الإصابة مباشرة قبل أن تترك آثارها السلبية في إعاقة قدرات الطفل ومهاراته،فنجاح برامج التدخل المبكر تتوقف على سرعة التعرف على الإصابة بمجرد حدوثها لتحقيق أفضل النتائج التربوية.(١)

وللكشف مسميات كثيرة مثل المسح، التعرف، الفرز، التحري، وهو إجراء تقويمي موجز يسبق عملية التشخيص *Diagnosis*، وهو قياس سريع وصادق للنشاطات التي تطبق بشكل منظم على مجموعة من الأطفال بغية التعرف على الأطفال المعرضين لمخاطر الإعاقة وكذلك التي يشك أنها تعاني من خلل أو قصور ما، أو التي يكون أداؤها الوظيفي أقل من المستويات المتوقعة في ضوء معايير النمو العادية من أجل إحالتهم لعملية التشخيص.(٢)

وبذلك تعتبر جميع الإجراءات التي تقود في النهاية إلى التعرف على الأطفال المتوقع أن تكون لديهم حاجات تربوية خاصة هي إجراءات كشفية، حيث تستخدم هذه الإجراءات لتحديد مثل تلك الحالات تمهيدًا لتنفيذ المراحل اللاحقة وتتصف هذه المرحلة بأنها ذات صبغة أولية لا يجوز أن تقود إلى الوصم بالإعاقة بل إنه يمكن في هذه المرحلة توفير معلومات عامة عن الأطفال موضع الكشف من خلال إجراء عدد من الاختبارات الأولية بأسرع وقت ممكن، وذلك تمهيدًا لإحالة من يشك بوجود مشكلة ما لديهم إلى إجراءات التشخيص المتعمقة.

وتركز الإجراءات الكشفية بمراكز التدخل المبكر على واحدة أو أكثر من مجالات (البصر، السمع، التواصل، القدرات العقلية، الوضع الصحي،

---

(١) محمد فتحي عبد الحي عبد الواحد، الإعاقة السمعية وبرنامج إعادة التأهيل، العين: دار الكتاب الجامعي، ٢٠٠١م، ص ٢٦٧.

(٢) سمير أبو مغلي، عبد الحافظ سلامة، القياس والتشخيص في التربية الخاصة، عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، ٢٠٠٢م، ص ١٠٢.

النمو العام) كما تستهدف هذه الإجراءات جميع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين يوم واحد وخمسة سنوات في منطقة جغرافية محددة، أو الأطفال المحالين إلى هذه المراكز من قبل المؤسسات الخاصة والحكومية والأهل والمربين.(١)

وتعتبر أفضل أنواع التعرف والكشف ما يتم تنفيذه من قبل فريق متخصص ممثلا لمختلف التخصصات، ويأخذ بالاعتبار مسح الجوانب الطبية والتطورية وملاحظات الأهل، وكذلك المشكلات النمائية، وتعتبر مشاركة الأهل إضافة إلى أدوات الكشف الملائمة ذات أهمية قصوى يجدر التقيد بها عند تنفيذ عملية المسح.(٢)

ولقد تطورت أدوات الكشف في السنوات الأخيرة تطورًا كبيرًا، حيث أصبح ممكنًا الكشف عن اضطرابات عدة لدى الأطفال حديثي الولادة عن طريق سحب عينات من الدم وتحليلها، كذلك فإن الإنجازات التي حققها علم الجينات مؤخرًا قد جعلت الإرشاد الجيني أداة فاعلة للكشف المبكر عن حالات الإعاقة وهذا الإرشاد يوجه أساسًا نحو الوالدين الأكثر عرضة لإنجاب أطفال معاقين، وليس ذلك فحسب، بل إن العلوم الطبية قادرة حاليًا على التشخيص الجيني للكشف عن الاضطرابات لدى الجنين وذلك بفحص السائل الأمينوسي (*Amniocentesis*) والتصوير بالأشعة (*Radiography*) والتصوير بالموجات فوق الصوتية (*Ultrasonagraphy*) ومن الإجراءات المعروفة لتحديد الأطفال الذين قد يحتاجون إلى خدمات خاصة الإجراء المعروف بالكشف الشامل (*Swee screening*) ويشتمل هذا النوع من الكشف على الفحوصات الطبية والنمائية.(٣)

ولقد اهتمت الدول المتقدمة بإجراءات الكشف المبكر، فعلى سبيل المثال أصبح التعرف على الأطفال الذين هم في خطر التعرض للإعاقة أحد الأهداف الأساسية للقوانين الفيدرالية بالولايات المتحدة الأمريكية ابتداء من عام ١٩٨٦ حيث سعت تعديلات لائحة القانون (***PI.99-459***) والخاص بتعليم المعاقين إلى النص على ضرورية تحديد الأطفال من الولادة إلى عمر خمس سنوات

---

(١) سعيد حسني العزة ،التربية الخاصة لذوي الإعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية ، عمان : الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ، ٢٠٠٠م ،، ص ٤٢٨.

(٢) يوسف القريوتي، وآخرون، المدخل إلى التربية الخاصة ، مرجع سابق، ص٤٦٠.

(٣) منى صبحي الحديدي، وآخرون، التأهيل الشامل، مرجع سابق، ص ص ٤٣ – ٤٤.

الذين لديهم تأخر في النمو، أو المعرضين لخطر الإعاقة ؛ من أجل أن تقدم لهم خدمات التدخل المبكر.[١]

ونتيجة لذلك تخضع جميع الولايات المتحدة لكشف مسحي لاضطرابات فينل كيتون *Phenyl Ketonuria*، واضطرابات الغدة الدرقية الخلقي *Hypothyroidism*و٤٣ ولاية جرى فيها الكشف المسحي عن جلاكتوسيميا *Galactosemia* بينما أقل من نصف الولايات جرى الكشف المسحي فيها عن نقص *Biotinidase* في الدم بالإضافة إلى ٤٢ ولاية جرى فيها الكشف المسحي للكشف عن أمراض الدم الوراثية، وأيضًا الكشف عن حالات أخرى نادرة وقليلة من الاضطرابات المختلفة وقد أظهرت النتائج أنه قد تم التعرف على ٦ صفات من أكثر الاضطرابات المعروفة التي قد تؤدي إلى الإعاقة في مختلف الولايات التي جرى فيها المسح عامة.[٢]

وبذلك فإن الدول المتقدمة تعطي الكشف المبكر أهمية قصوى باعتباره الخطوة الأولى لعملية التدخل المبكر، ومن هنا تتضح أهمية الإجراءات الكشفية بمراكز التدخل المبكر، حتى يمكن التعرف على الأطفال المعاقين ومن ثم إحالتهم لعملية التشخيص لتحديد مدى حاجتهم لبرامج التربية الخاصة، وتجدر الإشارة أنه كلما كانت إعاقة الطفل شديدة أو اعتمادية أكثر كلما أمكن اكتشافها مبكرًا، أما إذا كانت إعاقة الطفل بسيطة فعادة لا يتم اكتشافها بسهولة مما يتطلب إجراء العديد من الفحوصات والاختبارات الكشفية من قبل فريق من المتخصصين.

٢- الإحالة: *Referral*

تحدث الإحالة في الفترة بين الكشف (التعرف) والتقييم التشخيصي الأكثرشمولية [٣]، ويقصد بالإحالة *Referral* التوجه الرسمي إلى مجموعة من الاختصاصيين لتقييم حاجات الطفل وذلك بناء على ظهور علامات ومؤشرات على أن الطفل قد يكون في وضع غير مطمئن، وتبدأ عملية الإحالة بتكون انطباعات من خلال عملية الكشف بأن لدى الطفل مشكلات تسترعي الانتباه والدراسة

---

(١) ديفيد. ل. وودريش، القياس النفسي للأطفال،ترجمة كريمان بدير، القاهرة: عالم الكتب، ٢٠٠٥م، ص ٦٠.

(٢) خولة أحمد يحيى، البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة، مرجع سابق، ص ص ٣٦٥- ٣٦٦.

(٣) ألفرد هيلي، وآخرون، الخدمات المبكرة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة: تفاعلات متبادلة لدعم الأسرة ، مرجع سابق، ص ٩٠.

وقد تكون تلك المشكلات في النمو اللغوي، أو الحركي،أو السمعي، أو البصري أو العقلي أو السلوكي الاجتماعي، وبعد ذلك يتم بذل جهود كافية للتحقق من وجود أو عدم وجود مشكلات حقيقية لدى الطفل. فإذا كان القرار هو أن لدى الطفل ما يبرر الاعتقاد بأنه طفل مختلف، يتم التشاور مع ولي أمره والحصول على موافقته للبدء بالتشخيص الشامل.(١)

وتشمل عملية الإحالة الإطلاع على المعلومات التي توفرت من عملية الكشف ومن ثم يتم التأكد من البيانات والمعلومات المرفقة مثل ملف الطفل ونتائج جميع الاختبارات والملاحظات الأولية كما تشمل عملية الإحالة الحصول على موافقة الأهل بإجراء سلسلة من الاختبارات والإجراءات قبل أن يتم تشكيل فريق الاختصاصيين الذي سوف يقوم بعملية التشخيص والتقييم والتي بناء على نتائجها يتم تحديد ما إذا كانت مشكلة الطفل دائمة تحتاج إلى خدمات خاصة أو مؤقتة يمكن علاجها بإجراء بعض التغييرات في محيط الطفل.(٢)

وبذلك فإن عملية الإحالة تمثل الفترة الزمنية ما بين الكشف المبكر والتشخيص الشامل، وهي الفترة التي يتم فيها استيفاء الإجراءات لتحويل الطفل للاختصاصيين المسئولين عن عملية التشخيص لإجراء ما يلزم من تقييم إضافي ومن ثم اتخاذ القرار بشأن حاجة الطفل أو عدم حاجته إلى التربية الخاصة والخدمات الداعمة، لذا ينبغي أن تكون المدة الزمنية لهذه الفترة قصيرة حتى لا تتأخر عملية تشخيص الطفل وما يرتبط بها من قرارات.

٣- التشخيص (التقييم الشامل):

Diagnosis*(*Comprehensive Evaluation)

تعتبر عملية التشخيص ***Diagnosis*** أو ما يسمى بالتقييم الشامل ***Comprehensive Evaluation*** الإجراء الثالث المتبع بمراكز التدخل المبكر بعد إجرائي التعرف والإحالة، وهو الإجراء الذي من شأنه التأكد بشكل علمي على وجود الإعاقة من عدمه، فالتشخيص بمفهومه العام يعني "الفهم الكامل والتصنيف والتحليل الديناميكي للحالة بقصد التوصل إلى افتراض دقيق نحو طبيعة وأساس مشكلة العميل أو المريض من أجل التنبؤ

---

(١) عصام حمدي الصفدي، الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، ٢٠٠٧م، ص ١٢٩.

(٢) يوسف القريوتي، وآخرون، المدخل إلى التربية الخاصة ، مرجع سابق، ص ٤٦٠.

بالحالة ومن ثم إمكانية رسم خطة علاجية ملائمة وإمكانية مباشرتها ومتابعتها وتقييمها". [١]

وتبعًا لذلك فإن عملية تشخيص إعاقة الطفل تتضمن وصفًا دقيقًا لحالة الطفل الحاضرة، وتحديدًا لمستوى إعاقته ونوعها وعوامل نشأتها وتطورها واحتمالات تحسنه في المستقبل، فطبيعة تشخيص الإعاقة تقترب من مفهوم التقييم الشامل المتعدد الأوجه الذي يتضمن مجموعة من الفحوص والتقارير الطبية والاجتماعية والتعليمية والنفسية. [٢]

حيث تتضمن عملية تشخيص إعاقة الطفل جمع وتحليل المعلومات وتصنيفها عن وضع الطفل وأسرته بما تشمله هذه المعلومات من وصف للظروف الاقتصادية للأسرة، ووضعها الاجتماعي والثقافي، وأساليب التنشئة الاجتماعية بها، والأمراض السائدة فيها، بالإضافة إلى تحديد كامل للمشكلة التي يعاني منها الطفل، ومعرفة الأسباب الدقيقة التي أدت لها، وتمييزها عن غيرها من الحالات المشابهة لها، ومعرفة الإجراءات العلاجية السابقة التي قد استعملت مع حالة الطفل وأسباب نجاحها أو فشلها، وكتابة تقرير عن ذلك يوضع في ملف الطفل للمساعدة على اتخاذ القرارات المناسبة لحالته. [٣]

ولقد لقيت قضية تشخيص الإعاقة اهتمامًا كبيرًا من علماء الطب والاجتماع ورجال التربية وعلم النفس، لأن الحكم على الطفل بالإعاقة يؤثر تأثيرًا كبيرًا على مستقبله، فقد حذر الكثير من العلماء من المخاطر التي قد تترتب على التشخيص المبكر الخاطئ، ومن التشخيص المبكر الذي لا يتبعه في الحال تدخل فعال.

فالتشخيص الخاطئ لا يتبعه وصم للطفل وقلق بسبب الإعاقة فحسب، بل تترتب عليه أيضًا تكاليف باهظة لأي برنامج تدخل يتم تقديمه، لذا نلاحظ أن التشخيص المبكر الدقيق الذي لا يتبعه تدخل فوري وفعال يكون المحتمل بالنسبة له أن يجعل المشكلات تصير أسوأ مما كانت وذلك لكل من الطفل والأسرة. ووفقًا لذلك تتمثل الأمور الجوهرية بالنسبة للتشخيص المبكر في الدقة (أي تجنب حدوث الأخطاء) وإتاحة التدخل المبكر بمعنى أن يكون هذا

---

(١) زينب محمود شقير، الاكتشاف المبكر والتشخيص التكاملي لغير العاديين، مرجع سابق، ص٢٠.

(٢) آمال محمود عبد المنعم، استراتيجيات التدخل المبكر ورعاية الأطفال المعاقين عقليًا، مرجع سابق ص٣٧.

(٣)سعيد حسني العزة ، التربية الخاصة لذوي الإعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية، مرجع سابق ص ٤٢٩.

التشخيص دقيقًا من ناحية وأن يتبعه برنـامج للتدخل المبكر الفعال من ناحية أخرى.[١]

فلا تقتصر أهمية عملية التشخيص في تحديد البرنامج التربوي المناسب للطفل، وإنما تمتد إلى ما يترتب على نتائجها من آثار وقرارات تحدد ملامح مستقبل الطفل موضع التشخيص، فإذا ما أفضت هذه النتائج – مثلا- إلى أن الطفل لديه إعاقة فإنه سيترتب على ذلك آثارًا نفسية واجتماعية وتربوية على كل من الطفل وأسرته، نظرًا لما ستفرضه نتيجة التشخيص تلك من تحديد للفرص المتاحة أمام الطفل في مجتمعه ومن آثار على مفهومه لذاته، وعلى نمط ردود أفعال الآخرين نحوه وتوقعاتهم منه، ومن ثم فإنه يجب توخي الشروط والمواصفات التي تضمن التوصل إلى نتائج دقيقة وصادقة في عملية التشخيص.

ولكي يمكن الوصول إلى النتائج الدقيقة والصادقة يتم استخدام مجموعة من المعايير لتشخيص الأطفال المعاقين والتي تتمثل في المعايير الإحصائية *Statistical Standards* والتي تقدم معلومات كمية عن الأداء للتمييز بين ما هو طبيعي وما هو غير طبيعي، وذلك تبعًا لمنحى التوزيع الاعتدالي، وهناك المعايير الطبية *Medical Standards* والتي تعتمد على تحديد مدى وجود اضطرابات في الوظائف الجسمية، بالإضافة إلى المعايير الاجتماعية والنفسية *Psychological &Social Standards* وهي المعتمدة غالبًا من قبل المعلمين واختصاصي علم النفس والاجتماع.[٢]

وبناءً عليه فإن تشخيص الإعاقة إجراء متعدد الجوانب ولا يقتصر على الجانب الطبي فقط كما هو معتقد ، فبجانب التشخيص الطبي للإعاقة توجد جوانب أخرى للتشخيص، فعلى سبيل المثال فإن الإعاقة العقلية البسيطة والتي تشكل أكثر من ٨٠% من حالات الإعاقة لا يمكن التعرف عليها إلا باستخدام إجراءات التشخيص النفسي والتربوي.[٣]

كما أن عملية التشخيص الطبي ليست كافية بمفردها لتشخيص الإعاقة فهناك فرق بين طفل لديه إعاقة بدرجة شديدة، وآخر له نفس الإعاقة ولكن بدرجة بسيطة، وطفل لديه تقبل لإعاقته وآخر رافض لهذه الإعاقة، وطفل لديه

---

(١) دانيال هالاهان، وآخرون، صعوبات التعلم: مفهومها – طبيعتها – التعليم العلاجي، مرجع سابق، ص ص ٢٤٦- ٢٤٧.

(٢) منى صبحي الحديدي، وآخرون، التأهيل الشامل، مرجع سابق، ص ٦٦.

(٣) سوسن شاكر مجيد، اتجاهات معاصرة في رعاية وتنمية مهارات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، عمان: دار صفاء، ٢٠٠٨م ، ص ٤٩.

تقبل أسري لإعاقته وآخر ليس له نفس درجة التقبل، وطفل لديه إعاقة واحدة وآخر لديه إعاقات متعددة، وطفل لديه إعاقة وراثية وآخر إعاقته مكتسبة، وطفل لديه أخوة بنفس الإعاقة والآخر ليس له، وطفل ذكر وأخرى أنثى، وطفل يعيش في المدينة وآخر في الريف، وطفل لديه أسرة ذات مستوى اقتصادي واجتماعي مرتفع وآخر عكس ذلك.

ونتيجة لتعدد تلك الجوانب التي تشملها عملية التشخيص وخصوصيتها في نفس الوقت فقد نصت أبرز القوانين في مجال التربية الخاصة (مثل قانون التربية الخاصة الأمريكي العام رقم ٩٤- ١٤٢ لسنة ١٩٧٥ وتعديلاته اللاحقة في سنة ١٩٩٠) على ضرورة تنفيذ عملية التشخيص من قبل فريق متخصص يختلف أعضاؤه اختلافًا بسيطًا باختلاف الإعاقة، وبشكل عام فإن فريق التشخيص يجب أن يتألف من (الأخصائي النفسي – معلم التربية الخاصة – الأخصائي الاجتماعي – الطفل نفسه)وآخرون حسب الحاجة (أخصائي إكلينكي –أخصائي علاج طبيعي – أخصائي علاج نطق – أخصائي قياس سمعي... إلخ).[١]

مما سبق يتضح أن عملية التشخيص بمراكز التدخل المبكر ذات أهمية بالغة فبناء عليها يتم نفي أو إثبات الإعاقة لدى الطفل، ثم في حالة وجودها يتم تحديد طبيعتها ودرجتها ومستواها بهدف تقرير أهلية الطفل لتلقي خدمات التدخل المبكر وما يرتبط بذلك من تحديد لطبيعة الإجراءات والبرامج اللازمة له وأساليب تطبيقها.

لذا يجب أن يتسم التشخيص بشموليته لجميع المهارات والجوانب ذات العلاقة بالطفل وأسرته وبيئته المحيطة، وأن يتم بدقة متناهية وموضوعية وبواسطة فريق متعدد التخصصات حتى يمكن بناء على نتيجته اتخاذ القرارات المناسبة لظروف الطفل وقدراته.

٤- اتخاذ القرارات ***Decisions Taking***

كلمة قرار ***Decisions*** كاسم، أو يقرر ***To Decide*** كفعل، تعني لفظيًا التوصل إلى إقرار شيء،أو استقراره، وتستخدم عمليًا بمعنى الحكم بترجيح جانب على جانب آخر، أو الوصول لحل في مسألة أو موقف أو مشكلة ما، وقد ينظر إليها كحدث فتسمى إتخاذ قرار ***Decisions Taking***، وإتخاذ القرار هو اختيار اتجاه التحرك الذي ينتظر منه تحقيق أفضل مستوى من النتائج المرجوة أو المرغوب فيها، ويتم ذلك بتحليل كافة

---

(١)يوسف القريوتي، وآخرون، المدخل إلى التربية الخاصة ، مرجع سابق، ص ص ٤٥٦ -٤٥٧.

الحقائق والمعلومات والعوامل التي يمكن أن تؤثر في تنفيذ القرار، مع تقويمها طبقًا للنتائج المتوقعة أو ما يعرف بتداعيات القرار ***Consequences***.(١)

وتعتبر عملية اتخاذ القرار التربوي من أهم العمليات في أي مؤسسة تربوية لذا يتم اتخاذ القرار بعد عملية صنع وإعداد للبدائل المحددة لحل مشكلة تربوية ما وبعد دراسة هذه الحلول وتحليلها تتم عملية اختيار الحل الأمثل بواسطة متخذ القرار.(٢)

فالقرار يحتوي عادة على نوع من المخاطرة، ودائمًا ما تكون هناك توقعات لما يمكن أن يحدث كنتيجة لاتخاذ قرار ما، أو ما سينتج عن إقرار فعل معين فيجب أن يكون القرار في صورة خطة كاملة تتأثر بما سبقها، وتعطي توقعًا لما سيعقبها وما سيسفر عنها، ويجب على متخذ القرار أن يبني قراره على تقدير محسوب لهذه التوقعات، خصوصًا في القرارات المصيرية التي لا رجعة فيها.(٣)

وينطبق ذلك على إتخاذ القرارات فيما يتعلق بإعاقة الطفل، حيث تعتبر عملية إتخاذ قرار بوجود إعاقة لدى الطفل من أكثر القرارات صعوبة ومخاطرة لما ستتركه من أثر على الطفل وأسرته، لذا ينبغي التأكيد على أن إتخاذ القرارات المرتبطة بإعاقة الطفل ينبغي أن تصدر بحذر شديد، وبعد دراسة وافية لنتائج عملية التشخيص.

فالإعاقة حالة اختلاف جوهري ويتم اتخاذ القرارات وإصدار الأحكام عليها في ضوء معايير مختلفة، لذلك فليس كل اختلاف عن الطبيعي أو إنحراف عنه إعاقة، ولكن الاختلاف أو الانحراف يجب أن يكون ملحوظًا، ويجعل من الصعب على الفرد القيام بوظائف الحياة اليومية دون مساعدة وتأهيل من نوع خاص، ومن الناحية التربوية، فالطفل المعاق هو الطفل الذي يحتاج إلى تربية خاصة وخدمات داعمة أخرى، لأنه لا يستطيع النمو والتقدم باستخدام الأساليب والطرق التربوية المعتادة.(٤)

---

(١) محمد مجدي قابيل، برمجيات صنع القرار، الإصدار ٨١، جامعة الشارقة، كلية الدراسات العليا والبحث العلمي، ٢٠٠٨م، ص ص ٢١، ٢٣.

(٢) صلاح زهران الخولي، مراكز المعلومات ودورها في صنع واتخاذ ودعم القرار التربوي في الإدارة التعليمية، دسوق: دار العلم والإيمان، ٢٠٠٨م، ص ٤٢.

(٣) محمد مجدي قابيل، برمجيات صنع القرار ، مرجع سابق، ص ٢٣.

(٤) منى صبحي الحديدي، وآخرون، التأهيل الشامل، مرجع سابق، ص ٩.

بالإضافة إلى أن عملية اتخاذ قرار يتعلق بوجود إعاقة لدى الطفل هي نقطة البدء في تلقيه لخدمات التدخل المبكر حيث "تمثل الطرق المتبعة في إتخاذ القرار العامل الحاسم الذي يحدد نوعية خدمات التدخل المبكر".(١)

لذا تعتبر عملية إتخاذ القرار عملية أساسية بمراكز التدخل المبكر لمالها من أثر محسوس في عمل تلك المراكز، وذلك لكونها نقطة البدء بالنسبة لجميع الإجراءات وأوجه النشاط والتصرفات التي تتخذ بشأن إعاقة الطفل.

وعادة عندما يلتقي الفريق المتعدد التخصصات كي يقرر مدى قابلية الطفل للاستفادة من التربية الخاصة فإن أعضاء هذا الفريق يتولون فحص نتائج التقييم والتقارير المقدمة حتى يتمكنوا من التوصل إلى حكم نهائي محدد في هذا الصدد ومن جهة أخرى فإن هذا الفريق يقوم أيضًا بفحص الأسباب التي جعلت تلك التدخلات السابقة لإحالة الطفل إلى المركز لم تحقق الهدف منها، أو أنها لم تنجح في تحقيق ما تم التخطيط له.(٢)

وتتمثل أهم القرارات التي يتم اتخاذها بمراكز التدخل المبكر تجاه إعاقة الطفل في النقاط التالية: (٣)

- تفسير المعلومات ونتائج التشخيص الخاصة بالطفل.
- تحديد نوعية ودرجة إعاقة الطفل.
- تحديد مدى إمكانية استفادة الطفل من البرنامج التربوي الفردي.
- تحديد الأهداف التي يسعى البرنامج التربوي الفردي لتحقيقها.
- تحديد نوعية المتخصصين والخدمات اللازمة للعمل مع الطفل وفق البرنامج التربوي الخاص به.

ولكي تحقق هذه القرارات أهدافها يكون من الحكمة تبادل الرأي ودراسة المشكلة مع من يعنيهم القرار أو يمس مصالحهم من قريب أو بعيد، فمثل هذه الشورى يمكن أن تفيد في جعل القرار مستوفيًا لأغراضه متوخيًا شتى الاعتبارات فلابد من تبادل الآراء مع المنفذين ومن يطبق عليهم القرار التربوي حتى يكون نتيجة لذلك قرارًا رشيدًا.

---

(١) ألفرد هيلي، وآخرون، الخدمات المبكرة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة: تفاعلات متبادلة لدعم الأسرة مرجع سابق، ص ٩٥.

(٢) دانيال. ب. هالاهان، وآخرون، صعوبات التعلم: مفهومها – طبيعتها – التعليم العلاجي ، مرجع سابق، ص ٧٢.

(٣) ماجدة السيد عبيد، مناهج وأساليب تدريس ذوي الحاجات الخاصة، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع، ٢٠٠١م، ص ٨٩.

فاتخـاذ القـرار التربـوي المثـالي للطفـل دون استشـارة الوالـدين أو الأخصـائيين يحمـل فـي طياتـه بـذور الفشـل، فـإذا اتخـذ قـرار تجـاه برنـامج مـا بشكل فردي من دون موافقة الأطراف الأخرى فقد لا يحظى بـالقبول بصـرف النظر عن جودته، إن الأشخاص الذين هناك حاجة إليهم يجب أن يشاركوا منذ البداية، وينبغي عدم دعوتهم لمباركة البرنامج فقط، ولكن لتحديده.(١)

لذا تشكل عملية اتخاذ القرارات بمراكز التدخل المبكر من قبل فريق متعدد التخصصات هدفًا رئيسيًا، فحاجات الأطفال المعـاقين معقدة ومترابطـة، كمـا أن تحديـد المشـكلات وجمـع البيانـات واختيـار خطـط العمـل تكـون أكثـر فاعلية عندما تستند إلى إجماع في الرأي لا إلى عملية سلطوية.

وبذلك فـإن عمليـة اتخـاذ القـرارات بمراكـز التـدخل المبكـر سـواء كانـت هذه القرارات إدارية تؤدي إلى منح الطفل الأهلية لتلقي خدمات التدخل المبكر أو تربويـة تتعلـق بتحديـد البرنـامج التربـوي المناسـب للطفـل ينبغـي ألا تـتم بصورة عشوائية، بل يجب أن تخضع لمجموعة من الضوابط كما أنها تتطلب الكثير من المهارات باعتبارها عملية منظمـة، فـالقرارات المتخذة تجـاه الطفل المعاق ما هي إلاَّ الناتج النهائي لحصيلة مجهود متكامل من الآراء والأفكـار والدراسات التي تتم في إطار فريق من المتخصصين.

٥- تخطـيط البـرامج التربويـة: ***Planning educational programs***

بعدما يتم اتخاذ القرار من قبل لجنة التشخيص (اللجنة الرئيسية) بأهليـة الطفل لتلقي خدمات التدخل المبكر، والخدمات المساندة، فـإن الخطـوة اللاحقـة هي تخطيط البرامج التربويـة وتحديـد المكـان المناسـب لتطبيقهـا حيـث تختلـف طبيعة البرامج التربوية وأماكن تقديمها حسب المرحلة العمرية للطفل.

فتقدم للأطفال المعـاقين منـذ الـولادة وحتـى سـن الثالثـة مـا يسـمى بخطـة الخدمـة الفرديـة للأسـرة ***Individualized Family Service Plan(IFSP)*** والتـي تركـز تركيـزًا خاصًـا علـى إشـراك الأسـرة فـي تقـديم بـرامج التـدخل المبكـر للطفـل، وإذا بلـغ الطفـل عمـر ٣ سـنوات تتغيـر وسـائل الـدعم والخـدمات

---

(١) ألفرد هيلي، وآخرون، الخدمات المبكرة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة: تفاعلات متبادلة لدعم الأسرة مرجع سابق، ص ٩٥.

حيث يحل البرنامج التربوي الفردي ***Individualized Education Program (IEP)*** محل خطة الخدمة الفردية للأسرة ***(IFSP)***.(١)

وخطة الخدمة الفردية للأسرة ***(IFSP)*** والبرنامج التربوي الفردي ***(IEP)*** خطتان تهدفان إلى تحديد الخدمات والمساعدات التي تمكن أفراد الأسرة وبرامج التعليم المبكر من القيام بدور نشط في دعم ونمو الطفل، حيث تحدد كل من خطة الخدمة الفردية للأسرة والبرنامج التربوي الفردي المهارات والقدرات والمساعدات والخدمات المناسبة للطفل في أي من البيئة الطبيعية أو البيئة الأقل تقييدًا للطفل لتحقيق الأهداف والوصول إلى الغايات، كما تضع كل من خطة الخدمة الفردية للأسرة والبرنامج التربوي الفردي في الاعتبار جوانب القوة لدى الطفل، والجوانب التي تثير قلق الوالدين، ونتائج أحدث عمليات التشخيص، واحتياجات الطفل المختلفة.(٢)

ويقصد بخطة الخدمة الفردية للأسرة ***(IFSP)***"إعداد خطة تربوية فردية أسرية لكل طفل من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تحت سن ٣ سنوات لمواجهة احتياجات هؤلاء الأطفال وأسرهم وإعدادهم لمرحلة ما قبل المدرسة".(٣)

ويتمثل دور مراكز التدخل المبكر في هذا النوع من البرامج في تدريب الآباء على كيفية التعامل مع أطفالهم وتعريفهم بالمهارات التي يمكن أن يتعلمها الطفل ومدى إمكانية تطوره فيها، فيعمل المختص مع الأسرة في تخطيط احتياجات التدريب، وكيفية مساعدة الطفل في الحصول على المهارات المختلفة وفي مراقبة تقدم الطفل.(٤)

---

(1) U.S.A. Parent to Parent Of Georgia, Georgia Department of Education, Fact sheet: Transition From Early intervention To Public school. <http://www.parentmentors.org/Documents/News/Transition_from_early_intervention.pdf> (25-6-2010)

(2) U.S.A., Pennsylvania: office of child Development and early learningIndividualized Family Service Plan (IFSP) & Individualized Education Program (IEP), P1. <http://www.pattan.net/files/Forms/English/EI/IFSP-IEP-Ann070108.pdf> (25-6-2010)

(٣) فتحي مصطفى الزيات، دمج ذوي الاحتياجات الخاصة: الفلسفة والمنهج والآليات، القاهرة: دار النشر للجامعات، ٢٠٠٩م ، ص ٤٠٧.

(٤) خولة أحمد يحيى، البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة، مرجع سابق، ص ٣٩٣.

حيث يتلقى الآباء في هذا النوع من البرامج زيارات مجدولة من قبل أخصائيين مؤهلين ومدربين على تقديم الخدمات الخاصة بالطفولة المبكرة أو التربية الخاصة، ويساعد الأخصائي الأسرة في التعامل مع المشكلات النمائية للطفل وكذلك العمل على تجاوزها، كما يعمل الأخصائي على تدريب الآباء وتعليمهم حول الطرق التي تؤثر بها الإعاقات على المظاهر النمائية المختلفة وعلى حياة الأسرة وكذلك إحالتهم إلى الخدمات المناسبة.(١)

وعند صياغة خطة الخدمة الفردية للأسرة ***(IFSP)*** فإنها تتضمن - إلى جانب المعلومات الأولية المعتادة كالاسم وتاريخ الميلاد وبيانات ولي الأمر... وغيرها - العناصر التالية: (٢)

- مستوى أداء الطفل في النواحي النمائية (الجسدية، الحركية، المعرفية الاجتماعية، العاطفية، الاستقلالية، التواصل).
- الموارد الأسرية والتطلعات والأولويات ذات العلاقة بنمو وتطور الطفل.
- النتائج المأمولة للطفل والأسرة وكافة ما يتعلق بهذه النتائج من توقيت ومعيار نجاح وخطوات إجرائية.
- الخدمات المطلوبة والملائمة للطفل والأسرة وتحديد تكرارها وطبيعتها وأسلوب توفيرها.
- البيئة التي سيتم توفير الخدمات فيها والتي يفترض أن تكون أقرب ما يكون للبيئة الطبيعية للطفل والأسرة.
- الفترة الزمنية التي سيتم توفير الخدمات فيها (تاريخ البدء وتاريخ الانتهاء).
- اسم المدرب المسئول عن توفير الخدمات.
- الخطوات الإجرائية المطلوبة لانتقال الطفل للمرحلة اللاحقة من التعليم أو التأهيل.

أما فيما يتعلق بالبرنامج التربوي الفردي ***(IEP)*** والذي يلتحق به الطفل عند بلوغه عمر ٣ سنوات، فإنه يعتبر القاعدة التي تنبثق منها كافة

---

(١) إبراهيم عبدالله فرج الزريقات، الإعاقة البصرية: المفاهيم الأساسية والاعتبارات التربوية، عمان: دار المسيرة، ٢٠٠٦م، ص ١٨٨.

(3) U.S.A. , Philadelphia Education low center, Individualized Family Service Plan for children with Disabilities under age three, , PP. 3-4. *<http://drnpa.org/File/publications/individualized-family-service-plan-for-children-with-disabilities-under-age-three.pdf> (21-6-2009)*

النشاطات التدريبية والإجراءات التعليمية للطفل، وهو وثيقة مكتوبة تؤدي بطبيعتها إلى حشد الجهود التي يبذلها ذوو الاختصاصات المختلفة لتربية الطفل وتدريبه وبسبب أهمية دوره في عملية تدريب الأطفال المعاقين وتربيتهم فقد نصت التشريعات التربوية الخاصة في عدد من الدول على ضرورة إعداد برنامج تربوي فردي لكل طفل تقدم له خدمات تربوية خاصة.[١]

فالبرنامج التربوي الفردي ***(IEP)*** يخدم عدة وظائف مهمة،فهو يعمل بمثابة أداة تشجع التواصل بين معلمي الطفل والأخصائيين الآخرين القائمين على تربيته وتدريبه من جهة ووالديه من جهة أخرى، وهو الحكم الذي يتم الرجوع إليه لحل أية مشكلات ولفض أية نزاعات تطرأ بين أولياء الأمور والأخصائيين، وكذلك فالبرنامج التربوي الفردي يحدد كتابيًا المواد والمعدات والوسائل اللازمة لمساعدة الطفل المعاق وتدريبه، وهو أيضًا أداة تنظيمية تستخدم بهدف التأكد من أن الطفل المعاق يتلقى الخدمات التي من شأنها تلبية حاجاته الخاصة فعلاً، وأخيرًا فالبرنامج التربوي الفردي يعمل بمثابة وثيقة تسمح بالمتابعة والمساءلة[٢]. ولكي يكون البرنامج مناسبًا وشاملا لجميع هذه العناصر فإن لجنة من المتخصصين تشارك في تصميمه وصياغته.

وتسمى لجنة صياغة البرنامج التربوي الفردي ***(IEP)*** باللجنة الفرعية وذلك لكونها اللجنة التي تنبثق عن اللجنة الرئيسية والتي تتمثل في لجنة التشخيص واتخاذ القرارات، وتختلف تركيبة اللجنة الفرعية المسئولة عن صياغة البرنامج التربوي الفردي في بعض نواحيها عن تركيبة اللجنة الرئيسية، فمثلا ليس المطلوب أن يكون الأبوان عضوان في لجنة التشخيص بينما لا يكون مطلوبًا من الطبيب أن يكون عضوًا في لجنة البرنامج التربوي الفردي.[٣]

وبعد تشكيل اللجنة الفرعية يتم دعوتها للاجتماع حيث يتم في هذا الاجتماع تحديد حاجات الطفل، وكتابة البرنامج التربوي الفردي، والخدمات التي سيتلقاها الطفل خلال العام الدراسي، على أن تراعي اللجنة الفرعية

---

(١) ماجدة السيد عبيد، مناهج وأساليب تدريس ذوي الحاجات الخاصة، مرجع سابق، ص ٩٠.

(٢) جمال الخطيب،منى الحديدي،المدخل إلى التربية الخاصة،الكويت: مكتبة الفلاح، ١٩٩٧م،ص ص ٢٣ -٢٤.

(٣) مريم عمران موسى الحرز، " مدى تحقق أهداف البرنامج التربوي الفردي والصعوبات التي تعترضها في معاهد وبرامج التربية الفكرية بمدينة الرياض "، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود، كلية التربية، ١٤٢٩هـ - ٢٠٠٨م، ص ١٧.

توصيات اللجنة الرئيسة عند صياغة البرنامج، وعندما تصبح اللجنة مقتنعة أن البرنامج وثيقة أساسية للتعليم المناسب للطفل ، يوقع كل الأعضاء بما في ذلك الوالدين على الصفحة الأولى من البرنامج معلنين بذلك موافقتهم ، ويسجل أيضًا تاريخ الموافقة أو الاعتماد، ويجب أن تعود وثيقة البرنامج التربوي الفردي للجنة الرئيسية للموافقة النهائية.[1]وبعد الموافقة النهائية على البرنامج يتم تزويد كل الأطراف المعنية بنسخة منه للالتزام بتنفيذها،مع تحديد الجزء الخاص لكل شخص للعمل به.[2]

وبصفة عامة يشتمل البرنامج التربوي الفردي بصيغته النهائية على العناصر التالية:[3]

- وصف المستويات الحالية للأداء بما في ذلك مهارات العناية بالذات، والتكيف الاجتماعي، والمهارات الحركية...إلخ.
- وصف الأهداف السنوية التي تبين الأداء الذي يتوخى تحقيقه مع نهاية العام.
- وصف الأهداف قصيرة المدى والتي يجب أن تكون قابلة للقياس وتشكل حلقات تتوسط مستوى الأداء الراهن والأهداف السنوية.
- وصف الخدمات المحددة التي يحتاجها الطفل، بما في ذلك الخدمات التأهيلية والتربوية المباشرة، والخدمات غير المباشرة والخدمات المساندة والوسائل والأدوات التعليمية والتدريبية.
- تحديد موعد البدء بتقديم الخدمات ومدة تقديم تلك الخدمات.
- وصف إمكانات دمج الطفل المعاق في البيئة العادية.
- تحديد المعايير الموضوعية والإجراءات التقويمية والجداول الزمنية التي سيتم اعتمادها لتحديد مدى تحقيق الأهداف قصيرة المدى.
- تقديم المبررات التي تكمن وراء اختيار الوضع التعليمي أو التدريبي.
- تحديد الأشخاص المسئولين عن تنفيذ النواحي التربوية والتأهيلية للبرنامج.

---

(١)المرجع السابق، ص ١٦.

(٢) سحر أحمد الخشرمي، "تقويم بناء ومحتوى البرامج التربوية الفردية لذوي الاحتياجات الخاصة في مراكز ومدارس التربية الخاصة بمدينة الرياض "، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد (٤)، العدد (٣)، سبتمبر ٢٠٠٣م،ص ١٠٧.

(٣) جمال الخطيب، منى الحديدي، مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصة، الشارقة: مطبعة المعارف، ١٩٩٤م، ص ص ١٠٠-١٠١.

وبـذلك فـإن البرنـامج التربـوي الفـردي ***(IEP)*** هـو عمليـة تنظيميـة مدروسة الغاية منها التخطيط التربوي المنظم الذي يراعي فردية الطفل، فهو يتضـمن ملخصًـا لمسـتويات الأداء الـراهن، والأهـداف السـنوية، والأهـداف قصـيرة المـدى والخـدمات التربويـة والداعمـة اللازمـة لتحقيـق الأهـداف، ومحكات التقييم لكل هدف.

وتجدر الإشـارة إلـى أنـه بعد الانتهـاء مـن صـياغة البرنـامج التربـوي الفـردي يـتم إعـداد الخطـة التعليميـة الفرديـة *(IIP)Individualized Instruction Plan* وهـي خطـة مبنيـة علـى البرنـامج التربـوي الفـردي، وتشـمل كـل خطـة هـدفًا تعليميًـا واحـدًا بأسـلوب تحليـل المهمـات *Task Analysis* إلـى أهـداف تعليميـة فرعيـة، ويوصـف فيهـا الأسـلوب التعليمـي ويكـون هـذا الأسـلوب وفـق طريقـة تعـديل السـلوك، كمـا يـذكر فيهـا أسـلوب التعزيز المستخدم مع الطفل[١].

وتعتبـر الخطـة التعليميـة الفرديـة ***(IIP)*** هـي الجانـب التنفيـذي للبرنـامج التربوي الفردي، وتحتوي هذه الخطة على معلومات شخصية عن الطفل، وتحديد التاريخ الذي سيبدأ فيه المعلم بتعليم المهارة والتاريخ المتوقع للانتهاء أيضًـا وتحتـوي علـى تحليـل الهـدف التعليمـي قصـير المـدى، ووصـف للاستراتيجيات، والطرق المتبعة في تعليم المهارة، والمواد والوسـائل اللازمـة لتنفيذ تلك الاستراتيجيات والطرق[٢].

مما سبق يتضح أن برامج التدخل المبكر التي تقدم للأطفال المعاقين لا تتعامـل مـع هـؤلاء الأطفـال حسـب قاعـدة موحـدة تقـود إلـى أسـاليب تدريبيـة وتعليمية ثابتة،بل تنظر هذه البرامج لأولئك الأطفال كأفراد يتميزون بقدرات ويفتقرون إلى حاجات، لذا فهي تؤمن بمراعاة الفروق الفردية،وتؤكد أن تكون البداية من تلك الزاوية، ومن خلال ذلك المنظور، لكـي يتم تطـوير الوسـائل والأسـاليب التدريبيـة والتعليميـة الملائمـة، وأن يـتم ذلـك مـن خـلال فريـق متخصص يقوم باختيار الأهداف، والأنشطة والمواد والوسـائل، وذلك وفق التحديد الذي يتم الوصول إليه مسبقًا حول المهمات التي يستطيع الطفل إتقانها وتلك التي لا يستطيع إتقانها.

---

(١) ماجدة السيد عبيد، مناهج وأساليب تدريس ذوي الحاجات الخاصة، مرجع سابق، ص١٠١.

(٢) مريم عمران موسى الحرز، مدى تحقق أهداف البرنامج التربوي الفردي والصعوبات التي تعترضها في معاهد وبرامج التربية الفكرية بمدينة الرياض ، مرجع سابق، ص ٢٨.

٦- تقـويم البـرامج التربويـة: *Evaluation of educational programs*

يرتبط التقييم بالقيمة، بينما يهتم التقويم بتعديل أو تصحيح ما أعوج وعليه فإن التقويم يتضمن تحديد القيمة فضلا عن التعديل والتصحيح نحو الأفضل، والتقويم هو أحد أركان العملية التربوية وهو لا يواكب عمليتي التعليم والتعلم فحسب، بل يربطهما معًا لتوفير تغذية راجعة بقصد تحسين العملية التربوية، والكشف عن مدى تحقق المخرجات المنشودة، والوقوف على أداءات كل أعضاء المؤسسة التعليمية وما تم إنجازه، كما يتضمن مفهوم التقويم إصدار حكم على الأشياء أو الأشخاص أو الموضوعات، في ضوء معايير أو مستويات أو محكات لتقدير مدى كفاية الشيء المقوم وقيمته ودقته وفعاليته(١).

ويعد التقويم التربوي حجر الزاوية في كل ما يتعلق بالبرامج التربوية المختلفة بمراكز التدخل المبكر، فمن خلال التقويم يتم توصيف المعلومات المفيدة المتعلقة بالبرامج التربوية وتصنيفها أو الحكم عليها تمهيدًا لتحديد البدائل أمام متخذي القرار، فالتقويم التربوي "هو عملية تجمع فيها بيانات بطرق القياس المختلفة، ويتم فيها التوصل إلى أحكام عن فاعلية العمل التربوي ، سواء كان تدريسًا أم غيره، استنادًا إلى معايير الفاعلية، وتترتب على هذه الأحكام قرارات ذات أهمية خاصة تتعلق بالمتعلمين أو الأساليب أو البرامج "(٢). كما أن التقويم "هو العملية التي يتم فيها تحديد ما لدى الفرد من سمات وسلوكيات من خلال الملاحظة والاختبارات، أو تحديد ما في برنامج ما من خصائص ومن ثم إعطاء قيمة عددية أو رتبة أو درجة لما يتم تحديده"(٣).

كما تعد عملية تخطيط البرامج من أهم أهداف التقويم في مرحلة الطفولة المبكرة، فبعد أن يصنف الطفل في البرنامج المناسب لتلقي الخدمة أو الخدمات الضرورية والمناسبة له، فإن التقويم يستخدم لتحديد مدى الاستفادة من هذه البرامج أو الخدمات، أي تقويم مدى فعالية هذه البرامج أو الخدمات في تحقيق أهدافها. فالتقويم هو تلك العملية التي يجري من خلالها تحديد

---

(١) أحمد حسين الصغير، مجتمعات التعلم – نموذج لتحسين الممارسات المهنية في المدارس، عمان: إثراء للنشر والتوزيع، ٢٠٠٩م، ص ٣١٩.

(٢) عبد الله زيد الكيلاني، فاروق فارع الروسان، التقويم في التربية الخاصة، مرجع سابق، ص١٩.

(٣)سيو س. ورثمان، التقويم في مرحلة الطفولة المبكرة، ترجمة حمزة محمد دودين، العين: دار الكتاب الجامعي، ٢٠٠٦م، ص ٢١.

الأهداف المنوي تحقيقها، ومن ثم دراسة المعطيات في إطار ظروفها كميًا أو كيفيًا للتعرف على اقترابها من الأهداف، ومن ثم إصدار الحكم على الأمر المقيم، وبيان مدى مناسبته باستخدام معايير أو محكات تصلح لذلك[١].

وبناءً عليه فإنه بعد الانتهاء من صياغة البرنامج التربوي المناسب للطفل بمركز التدخل المبكر سواء كان هذا البرنامج يرتبط بخطة الخدمة الفردية للأسرة ***(IFSP)*** أو بالبرنامج التربوي الفردي ***(IEP)*** وبمجرد البدء في تنفيذه تبدأ عملية التقويم،ويسمى التقويم في هذه الحالة بالتقويم التكويني ***Formative Evaluation.***

فالتقويم التكويني *Formative Evaluation* هو نشاط تقويمي يجري أثناء النشاط الأساسي أو البرنامج المستهدف أو عملية التعلم والتعليم، ويتخلل جميع مراحل الخبرة المستهدفة من أجل تحسينها وتطويرها من حيث تنظيمها وخطتها ومنهجيتها ووسائلها... وتتاح الفرصة في كل مرحلة للتغذية الراجعة التي تزود القائم على البرنامج بمعلومات تمكنه من تعديل خطته وأسلوبه وتحسينهما بما يؤكد فاعلية البرنامج الذي يقدمه[٢].

وعملية تقويم البرنامج لا تتوقف بانتهائه حيث هناك ما يسمى بالتقويم الختامي *Summative Evaluation* والذي يقوم بجمع المعلومات وتفسيرها من أجل تقرير قيمة وجدوى البرنامج للمساعدة في اتخاذ قرار بشأنه من حيث اعتماده أو تطويره أو إلغائه أو اختيار بديل له من بين مجموعة من البدائل في ضوء المعايير[٣].

وبذلك فإن عملية تقويم برنامج التدخل المبكر المقدم للأطفال المعاقين تشمل بالدراسة مدخلات البرنامج والعمليات التي تجري عليها والمخرجات التي تنتج عنها، فالمقيم إذن يحدد الأوضاع ويدرسها في نطاق الظروف والأهداف، ثم يصدر حكمًا عليها استنادًا إلى محك أو معيار أو عدة معايير، وتتعدد هذه المعايير والمحكات تبعًا لأسلوب التقويم المستخدم.

حيث تصنف أساليب التقويم إلى أساليب مقننة *(Formal)* وأساليب غير مقننة *(Informal)*، وتقتصر الأساليب المقننة على اختبارات مقننة وفق إجراءات محددة في تطبيقها وتصحيحها وتقدير الدرجات عليها وتفسير نتائجها استنادًا إلى معايير للأداء تم التوصل إليها في عملية التقنين

---

(١) طارق عبد الحميد البدري، إدارة دور الحضانة ورياض الأطفال: المبادئ والأسس، عمان: دار الفكر ٢٠٠٣م، ص ص ٥٠-٥١.

(٢) عبد الله زيد الكيلاني، فاروق فارع الروسان، التقويم في التربية الخاصة، مرجع سابق، ص٢٩.

(٣)وجيه الفرح، أصول التقويم والإشراف في النظام التربوي، عمان: مؤسسة الوراق، ٢٠٠٧م، ص ٢٩.

ومن الأمثلة على الاختبارات المقننة اختبارات الذكاء واختبارات السلوك التكيفي، واختبارات القدرات الحسية، واختبارات صعوبات التعلم، أما الأساليب غير المقننة فغالبًا ما تُطبق بطريقة فردية دون مقارنة الأداء عليها بأداء أفراد آخرين أو مجموعات مرجعية معرفية. وعلى ذلك يستطيع الفاحص أن يعدل في تعليمات التطبيق وإجراءاته حسبما تقتضيه طبيعة الحالة، وبخاصة إذا كانت الحالة تعاني من إعاقة أو صعوبات حسية – إدراكية – لغوية أو غيرها مما قد يستدعي تعديل طريقة عرض المثير وطريقة التعبير عن الاستجابة، ومن الأساليب غير المقننة الملاحظة ومقاييس تقدير السلوك، وأسلوب دراسة الحالة[١].

ويجب أن تراعى المرونة الكافية عند اختيار أساليب التقويم المناسبة للأطفال ذوي الإعاقة، حيث أن الأطفال صغار السن من ذوي الإعاقة يختلفون تمامًا في أساليب تقويمهم عن غيرهم من الأطفال، فتقييم هؤلاء الأطفال ومعرفة نقاط القوة الخاصة بهم واحتياجاتهم يتطلب تطبيقات التقييم المرنة، والتي تشتمل على ممارسات الأطفال في الحياة اليومية[٢].

ومن خلال أساليب التقويم المناسبة يتم التعرف على مدى سلامة البرنامج التربوي المستخدم مع الطفل، ومدى الاتساق مع المعايير أو الخطط الموضوعة له بالإضافة إلى دراسة الأساليب والطرق التي تستخدم لتحقيق أهداف البرنامج حتى يمكن الوقوف على مدى تقدم الطفل، والتأكد بشكل متصل عن مدى إتقانه للأهداف والمهمات المتضمنة في برنامجه الفردي حتى يمكن تحديد مدى الاستمرار في البرنامج أو تعديله.

وبصفة عامة تتم مراجعة البرنامج التربوي الفردي الخاص بالطفل مرة واحدة في السنة أو أكثر من ذلك إذا طلب الوالدان أو المعلمون مراجعة إضافية ويجب أن يدعى الوالدان باعتبارهما أعضاء في الفريق، لحضور الاجتماع الخاص بمراجعة البرنامج ويمكن للوالدين تقديم مقترحات للتغيير، أو عدم الموافقة على الأهداف ويمكنهم أيضًا الموافقة أو عدم الموافقة على الصف الذي يلتحق به طفلهم ويناقش الفريق خلال هذا الاجتماع الأمور الهامة المتعلقة بالطفل مثل تقدم الطفل أو قصوره في التقدم عما هو مطلوب

---

(١) عبد الله زيد الكيلاني، فاروق فارع الروسان، التقويم في التربية الخاصة ، مرجع سابق، ص ٩٩.

(٢)أورالي ماك آفي، ديبورا ج. ليونج، تقييم وإرشاد تعلم وتطور الأطفال صغار السن، ترجمة حزم علي عبد الواحد وافي،ماجدة محمود صالح، القاهرة: عالم الكتب، ٢٠١٠ م، ص ١٠.

نحو تحقيق الأهداف السنوية، والمعلومات التي يجري جمعها عبر إعادة تقييم الطفل، وحاجات الطفل المتوقعة وأي مسائل أخرى مهمة(١).

ولكي يتم إصدار أحكام صحيحة على مدى فاعلية برنامج التدخل المبكر يتم مراعاة مجموعة من الأسس أثناء عملية التقويم والتي تتمثل في(٢):

- أن يرتبط التقويم بأهداف واضحة.
- أن يكون التقويم شاملا لكل أنواع ومستويات الأهداف وكل جوانب البرنامج موضوع التقويم.
- أن تكون أدوات جمع البيانات متنوعة ومتميزة بالصدق والثبات والموضوعية.
- أن تكون عملية التقويم عملية تعاونية مشتركة بين كل الأطراف المعنية.
- أن يكون التقويم عملية مستمرة تجري في أوقات مختلفة من تطبيق البرنامج للاستفادة من النتائج في عمليات التعديل والتطوير.
- أن يكون التقويم عملية تشخيصية علاجية تبين نواحي القوة ونواحي الضعف بقصد تدعيم الأولى ومعالجة الثانية.
- أن يكون التقويم اقتصاديًا في الوقت والمال والجهد قدر المستطاع.
- أن تكون خطة التقويم مرنة قابلة للتعديل، أي لابد من تقبل فكرة تقويم التقويم.
- أن يكون التقويم إنسانيًا عادلا يأخذ بالاعتبار كل الظروف والاعتبارات التي يمكن أن تؤثر في النتائج من الأمور التي لا يمكن ملاحظتها أو قياسها كالعوامل البيئية أو النفسية أو الاجتماعية العامة، والجو السائد في مكان تطبيق البرنامج موضوع التقويم إلى غير ذلك من الاعتبارات والظروف.

وبذلك يمكن القول أن عملية تقويم برامج التدخل المبكر تعتبر إحدى الإجراءات اللازمة لتحقيق أهداف تلك البرامج وذلك لكون عملية التقويم عملية منظمة تستند إلى معلومات دقيقة وصحيحة، كما أنها عملية شاملة تتناول جميع جوانب البرنامج ومكوناته وعناصره، وهي عملية مستمرة تواكب نشاطات وفعاليات البرنامج في جميع خطواتها ومختلف مراحلها

---

(١) مريم عمران موسى الحرز، مدى تحقق أهداف البرنامج التربوي الفردي والصعوبات التي تعترضها في معاهد وبرامج التربية الفكرية بمدينة الرياض ، مرجع سابق، ص ١٥.

(٢) وجيه الفرح، أصول التقويم والإشراف في النظام التربوي ، مرجع سابق، ص ص ٢٦-٢٧.

وذلك للكشف عن أوجه النجاح وتعزيزها، والتعرف على جوانب الضعف ومعالجتها.

مما سبق ومن خلال استعراض المؤلف للإجراءات المتبعة بمراكز التدخل المبكر يتبين كثرة هذه الإجراءات، مما يتطلب وجود فريق متعدد التخصصات للقيام بتنفيذها "فإن أهم العوامل الحاسمة في نجاح أي مشروع أو برنامج لرعاية الطفولة المبكرة هم الأشخاص المعنيون بتنفيذه. فالعنصر البشري هو الحد الفاصل بين النجاح والإخفاق".[١]

لذا أصبح أسلوب العمل الفريقي *Teamwork* ضرورة من ضرورات نجاح العمل بمراكز التدخل المبكر، نظرًا للحاجات المتعددة للأطفال المعاقين، فمشكلة الإعاقة مرتبطة بالعديد من العوامل والمتغيرات المتشابكة التي تحتاج إلى تكاتف الجهود وتكثيف العمل من أجل مواجهة هذه المشكلة، بمعنى أنه في ظل تعدد الإجراءات المتبعة بمراكز التدخل المبكر، ونظرًا للطبيعة التخصصية لتلك الإجراءات وتنوعها، فإنه لم يعد من الممكن لمتخصص واحد القيام بتلك الإجراءات بما يضمن تقديم الخدمات للأطفال المعاقين على نحو ملائم ، ومن هنا برز الاتجاه إلى الاعتماد على فريق متعدد التخصصات لتنفيذ تلك الإجراءات بما يضمن تحقيق الأهداف التي وضعت لها.

وتجدر الإشارة إلى أنه على الرغم من توفر مختلف أشكال المبررات والقناعات اللازمة لإنشاء مراكز التدخل المبكر وتطويرها وإعداد برامج مدروسة تنفذ من خلالها، فإن ما قامت به مختلف الدول النامية من إجراءات في هذا المجال يعتبر محدودًا وقاصرًا بكل المقاييس.

فقد أشارت منظمة اليونسكو في تقريرها إلى أن التقديرات تشير إلى أن هناك ١٥٠ مليون طفل من الأطفال ذوي الإعاقات في أنحاء العالم لا يحصل منهم على خدمات التربية الخاصة في الدول النامية سوى ٢% فقط.[٢]أي أن هناك نسبة ٩٨% من الأطفال المعاقين في الدول النامية لا يحصلون على خدمات التربية الخاصة والتي من أهمها برامج التدخل المبكر.

---

(1) Judith L.Evans& Others, Early childhood counts: A programming Guide on early childhood care for Development , Washington: world Bank institute , 2000 , P. 227.

(2) UNESCO, Education for all, Global monitoring report, Paris: UNESCO publishing, 2005, P.143.

أما على مستوى الدول العربية "فالعناية بالأطفال المعاقين في المرحلة السابقة على المدرسة الابتدائية ما تزال في بواكيرها، وأنها في أحسن الأحوال تختلط بالعناية بالأطفال بعد السادسة من العمر، وتتم غالبًا ضمن المؤسسات التي أنشئت لهؤلاء، يضاف إلى هذا أن العناية بالأطفال المعاقين لم تأخذ بعد معناها السليم، كجزء من رعاية أوسع وأشمل للطفولة منذ الولادة، مهمتها رصد جميع مظاهر الضعف أو العجز أو الإعاقة التي تبدو لدى الأطفال وتشخيصها وعلاجها. ويتبع ذلك أن الوقاية من هذه الأنواع من المشكلات والحيلولة دون استفحالها، لم يجدا بعد طريقهما إلى المؤسسات المعنية بها".(١)

فقد بدأت في عدد محدود من الدول العربية برامج التدخل المبكر على أساس تجريبي، وبالرغم من أنه قد مضى على بدء هذه المشروعات التجريبية أكثر من عقدين، وبالرغم من النجاح الذي بينته دراسات المتابعة لعدد من هذه التجارب إلا أن هذه البرامج لا زالت محدودة الانتشار أو تسير على استحياء.(٢) فبرامج التدخل المبكر في معظم الدول العربية، لا تزال حديثة وفي طور البناء سواء في البرامج الوقائية أو برامج الكشف المبكر أو في الخدمات العلاجية والتربوية ".(٣)

بالإضافة إلى قلة المراكز المتخصصة في التشخيص المبكر، لدرجة أن الكثير من الأطفال لا يتم اكتشاف إعاقتهم إلا بعد سن الثالثة أو الرابعة أو عند الالتحاق بالمدرسة.(٤)

---

(١) عبد الله عبد الدائم، وآخرون، الإستراتيجية العربية للتربية السابقة على المدرسة الابتدائية: مرحلة رياض الأطفال، تونس: المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، ١٩٩٦م، ص ١٧٩.

(٢) وليد السيد أحمد خليفة، مراد علي عيسى، الاتجاهات الحديثة في مجال التربية الخاصة، الإسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، ٢٠٠٦ ، ص٥٩.

(٣) فايزة درويش،" ورقة عمل مؤسسة حمد الطبية بدولة قطر "، ندوة الإعاقات النمائية: قضاياها النظرية ومشكلاتها العملية، البحرين، جامعة الخليج العربي، ٢٠٠٠م، ص ٥١٢.

(٤) أحمد خطابي، "الواقع الاجتماعي وحقوق ذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع العربي"، مجلة جامعة الشارقة للعلوم الشرعية والإنسانية، المجلد(٣)، العدد(٣)، أكتوبر ٢٠٠٦، ص ١٣١.

الفصل الثالث

البحث الإثنوغرافي

دراسة حالة لمركز تدخل مبكر

بعد أن عرض المؤلف في الفصول السابقة الجانب النظري والذي تناول فيه الجذور التاريخية للتدخل المبكر، وأهم التطورات التي لحقت به، كما تناول المؤلف مراكز التدخل المبكر من حيث مفهومها، وأهدافها، وأهميتها، وفئات الأطفال المستفيدة من خدماتها، والإجراءات المتبعة بها.

جاء هذا الفصل من فصول الكتاب ليقدم المؤلف من خلاله المنهجية والتصميم التي اتبعهما للتعرف على واقع البيئة المادية، والبيئة البشرية والإجراءات المتبعة، ومجالات التربية الخاصة للأطفال المعاقين بمركز الأمل للتدخل المبكر(*)، وذلك من خلال دراسة نوعية إثنوغرافية تتخذ من دراسة الحالة تصميمًا لها ، وفيما يلي تفصيل ذلك:

أولاً: المنهجية والتصميم:

- المشكلة :

من خلال تعايش الدارس مع الأطفال المعاقين والقائمين على رعايتهم أثناء قيامه بدراسة للحصول على درجة الماجستير في التربية[١]،لاحظ أن الكثير من أسر الأطفال المعاقين يجهلون طبيعة إعاقة أطفالهم وخصائص نموهم ، وسبل تنمية قدراتهم واستعداداتهم ، مما ترتب على ذلك بعض أشكال التنشئة الخاطئة التي جعلت من المشكلات القائمة أكثر حدة وأكثر صعوبة .

ومما يزيد من صعوبة المشكلة عندما يكون الطفل في سنوات عمره الأولى حيث يكون الوالدان حديثي العهد بإعاقة طفلهما مما يحدث لديهما ردود فعل نفسية شديدة ، ويشكل لهما أزمة حقيقية وقاسية ، فتنتقل الأسرة بطفلها من طبيب إلى آخر ومن مؤسسة إلى أخرى تبحث عن العلاج والدعم ، وأثناء ذلك تضيع السنوات الأولى من حياة الطفل دون أن تنمو مهاراته وقدراته ، على الرغم من أن السنوات الأولى من حياة الطفل المعاق هي من أهم المراحل التي يحتاج فيها إلى تنشئة فاعلة ، ففي السنوات الست الأولى من العمر يتعلم الإنسان العديد من المهارات التي تشكل بمجملها القاعدة التي ينبثق عنها النمو المستقبلي .

لذا كان على المحيطين بالطفل المعاق تدريبه على اكتساب هذه المهارات بما يساعده على الاعتماد على النفس مستقبلا ، وهذا لا يتم إلاَّ

(*)الاسم الوارد في البحث ليس الاسم الحقيقي لمركز التدخل المبكر موضوع الدراسة ، وذلك لسرية وخصوصية المعلومات المرتبطة به .

(١) طارق حسن صديق سلطان ،" دور الجمعيات الأهلية في تربية الطفل المعوق – دراسة ميدانية "، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية بسوهاج ، جامعة جنوب الوادي ، ٢٠٠٣ م .

بإثراء البيئة بالمثيرات المختلفة التي تنمي حواسه وتستثمر قدراته المختلفة. فالطفل المعاق لا يعتمد في تعلمه واكتسابه لمثل هذه المهارات على استعداداته الجسمية والعضلية والعصبية فقط وإنما يرجع اكتسابه لها إلى التنشئة التي توفر له الظروف والإمكانات البيئية الخاصة، والتوجيه اللازم خلال التدريب عليها.

ونتيجة لذلك فإن الطفل المعاق يحتاج إلى خدمات متعددة، وتنشئة خاصة يقوم عليها إلى جانب الوالدين أخصائيون من تخصصات مختلفة ومن مؤسسات متعددة، لذا يجب أن يكون الهدف متمثلاً بتوفير الخدمات التي تساعد على تلك التنشئة من قبل مؤسسة واحدة يمكن الوصول إليها بسهولة بحيث لا تجد الأسرة نفسها مرغمة على التعامل مع أكثر من جهة ومن خلال العديد من المؤسسات.

ولما كان مركز التدخل المبكر هو المؤسسة القادرة على تحقيق هذا الهدف مما يستدعي دراسة هذه المؤسسة للوقوف على بيئتها المادية والبشرية، والإجراءات المتبعة بها، ومجالات التربية الخاصة للأطفال الملتحقين بها، بهدف صياغة تصور مقترح للارتقاء بدورها في التربية الخاصة لهؤلاء الأطفال ، ولأن هذه الدراسة سوف تتخذ من المنهج النوعي الإثنوغرافي منهجًا لها، "والذي يعد في جوهره دراسة حالة حيث يختار الدارس وحدة معينة، ثم يتعمق في دراستها"(١).

- هدف الدراسة :

يتمثل الهدف الرئيسي للبحث الإثنوغرافي في دراسة حالة لمركز من مراكز التدخل المبكر بهدف جمع بيانات تفصيلية حول بيئته المادية ، وبيئته البشرية والإجراءات المتبعة به ، ومجالات التربية الخاصة للأطفال المعاقين الملتحقين به وذلك بهدف صياغة تصور مقترح للارتقاء بدور مراكز التدخل المبكر في التربية الخاصة للأطفال المعاقين.

- أهمية الدراسة:

١. يتبنى هذا البحث منهجية البحث النوعي الإثنوغرافي، لذا فهو يعد من الأبحاث العربية القليلة التي تتبنى هذه المنهجية في التربية الخاصة، فقد قامت إحدى الدراسات الحديثة بتحليل (٢١٦) رسالة جامعية وبحثًا منشورًا في مجلات عربية وأجنبية محكمة خلال العشر سنوات الأخيرة

---

(١) كمال عبد الحميد زيتون، منهجية البحث التربوي والنفسي من المنظور الكمي والكيفي، القاهرة: عالم الكتب، ٢٠٠٤م ، ص ٣٠٩.

وقد توصلت إلى "أنه لم تستخدم من هذه الدراسات سوى ثلاث دراسات فقط منهجية البحث النوعي".[(١)]

٢. تعددت في السنوات الأخيرة الدراسات التربوية والنفسية التي تناولت برامج التدخل المبكر، والتي قدمت من خلال نتائجها أدلة قوية على فاعلية هذه البرامج مع مختلف فئات الأطفال المعاقين، دون التعرض لمراكز التدخل المبكر والتي تعد من أهم المؤسسات التي تطبق فيها معظم هذه البرامج، حيث لم يتوصل الدارس – على حد علمه - إلى أي دراسة عربية كان محورها دراسة مراكز التدخل المبكر كمؤسسة تربوية للأطفال المعاقين.
٣. تقدم هذه الدراسة تحليلاً إثنوغرافيًّا لواقع التربية الخاصة للأطفال المعاقين بمركز من مراكز التدخل المبكر، أي ليس من وجهة نظر الخبراء وصانعي سياسات التربية الخاصة، وإنما تحليلاً واقعيًّا من داخل الواقع التربوي لهذا المركز، عبر المشاركين والممارسين الفعليين في عملية التربية الخاصة، بمن فيهم الأطفال أنفسهم، والأخصائيون والعاملون، وأولياء الأمور.
٤. في ظل التغيرات السياسية الراهنة في الوطن العربي، وما يتبعها من رغبات في الإصلاح التربوي، ومطالبات بحصول الأطفال المعاقين على حقهم في تنشئة سليمة، يصبح لهذا البحث أهميته لكونه بحثًا واقعيًّا يعتمد على المنهج الإثنوغرافي، مما يجعله أكثر قدرة على تقديم صورة سياقية للمجالات الأساسية للتنشئة الاجتماعية للأطفال المعاقين وما ينتج عن ذلك من تفاصيل دقيقة قد يكون لها دلالات مهمة، وآثار لم تأخذها النظريات التربوية بعين الاعتبار.
٥. تهتم هذه الدراسة بدراسة الأطفال المعاقين في الست سنوات الأولى من عمرهم، وتعد هذه الفترة العمرية مرحلة حرجة وحساسة بالنسبة للتنشئة الاجتماعية للأطفال المعاقين.
٦. تأتي هذه الدراسة لتلبية توصيات أبحاث التربية الخاصة التي تدعو إلى التوسع في استخدام منهجية البحث النوعي، وبخاصة تصاميم منهجية بحث الحالة الواحدة لما لها من تطبيقات مفيدة في ميدان التربية الخاصة.

---

(١) جمال الخطيب، " البحوث العربية في التربية الخاصة (١٩٩٨ -٢٠٠٧): تحليل لتوجهاتها، وجودتها، وعلاقتها بالممارسات التربوية "، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد (٦)، عدد (٤)، جامعة اليرموك، ٢٠١٠م، ص ص ٢٨٥ -٣٠٢.

٧. تفيد نتائج هذه الدراسة في الفهم المتعمق لدور مراكز التدخل المبكر في القيام بدور تربوي فعال وملموس في التربية الخاصة للأطفال المعاقين، من خلال استخدام البحث لتصميم دراسة الحالة والذي يمكن من خلاله توفير وصفًا مفصلاً وتحليلاً للبيئة المادية، والبشرية، والإجراءات المتبعة، ومجالات التربية الخاصة للأطفال المعاقين بأحد هذه المراكز.
٨. تأتي هذه الدراسة لتقدم تصورا مقترحا للارتقاء بدور مراكز التدخل المبكر في التربية الخاصة للأطفال المعاقين ، كمحاولة لتطويرها والتوسع فيها.

- منهج الدراسة :

تعد هذه الدراسة بحثًا نوعيًّا إثنوغرافيًّا، والبحوث التربوية النوعية تمثل منهجًا حديثًا من مناهج البحث العلمي مقارنة بالبحوث التربوية الكمية، فقد بدأ الاستخدام الفعلي لمثل هذا النوع من البحوث في مجال التربية في الثلاثين عامًا الأخيرة فقط، حيث "تعد الثمانينات من القرن الماضي البداية الفعلية لتطبيق البحث الإثنوغرافي واستخداماته في المجال التربوي ".(١)

لذا تعد الإثنوغرافيا اتجاهًا جديدًا في مجال التربية، ولقد نشأ كرد فعل لعدم الرضا عن المداخل التقليدية المتبعة في بحوث العلوم الاجتماعية، تلك التي تتبنى استراتيجيات وميكانيزمات من العلوم الفيزيقية، ولذا حاول بعض العلماء في التربية توظيف الإثنوغرافيا مع بعض المشكلات البحثية باعتبارها أكثر ملائمة لها.(٢)

حيث تتصف منهجية البحث الإثنوغرافي بالمرونة، فلا توجد آلية موحدة لجمع المعلومات وتحليلها، إلا أن المنهج الإثنوغرافي يتيح إطارًا منهجيًّا عامًا، يمكن للباحث الانطلاق منه، ويمكنه إضافة إلى ذلك، أن يبتكر ويضيف للمنهجية من خلال رؤيته الإبداعية ومن خلال قدرته على جمع أكبر قدر من المعلومات.(٣)

"وبمراجعة الأدبيات العلمية تظهر صعوبة تحديد مفهوم المنهج الإثنوغرافي على نحو قطعي الدلالة، نظرًا إلى الطبيعة الخاصة التي ترتبط

(١) فهد بن سلطان السلطان، " المنهج الإثنوغرافي: رؤية تجديدية لواقع البحث التربوي "، مجلة رابط التربية الحديثة، السنة الثانية، مجلد (٢)، عدد (٤)، ديسمبر ٢٠٠٨م، ص ١٠٩.
(٢)كمال عبد الحميد زيتون، تصميم البحوث الكيفية ومعالجة بياناتها إلكترونيًّا، القاهرة: عالم الكتب ٢٠٠٦م، ص ٣٠٤.
(٣) فهد بن سلطان السلطان، المنهج الإثنوغرافي: رؤية تجديدية لواقع البحث التربوي ، مرجع سابق ص ١٢٣.

بتصميمه وأساليب تنفيذه، ولذلك فإنه لا يوجد تعريف موحد متفق عليه بين الباحثين للمنهج الإثنوغرافي"[1]، لذا سوف يحاول الدارس فيما يلي تسليط الضوء على المنهج الإثنوغرافي.

فقد بدأ القرن العشرون بهيمنة كاملة لما يعرف بالبحث الكمي، وانتهى بظهور مدخلين الكمي والنوعي، فلقد ظهر البحث الكمي في أواخر القرن التاسع عشر وسيطر على الساحة البحثية وحده لفترة امتدت إلى معظم القرن العشرين أما البحث النوعي فيتسم بالحداثة مقارنة بالبحث الكمي، إذ ظهر في بداية القرن العشرين في مجالات غير مجالات التربية، أما الاستخدام الفعلي لمثل هذا النوع من البحوث في مجال التربية فظهر فقط في الثلاثين عامًا الأخيرة. حيث نادي التربويون ببديل للمدخل الكمي لما رأوا فيه من اعتماد كامل على الدارس أكثر من المبحوث، والذي من المفترض أن تجرى الدراسة من أجله، لذا اقترح التربويون مدخلاً أسموه مدخل التقصي الطبيعي أو البنائية *Naturalistic Inquiry Or Constructivism* لتلافي هذه العيوب، وليؤكد على ضرورة الاهتمام ببيئة المبحوثين وساد توجه آخر في عقد الثمانينات وأوائل التسعينات تمثل في انصراف اهتمام التربويين إلى إجراءات البحث النوعي أكثر من اهتمامهم بالمقارنة بينه وبين البحث الكمي، ثم انصب الاهتمام على أنماط البحث النوعي كدراسة الحالة والتقصي القصصي.[2]

ويأتي في مقدمة البحوث النوعية التي حظيت بالاهتمام والنقاش البحث الإثنوغرافي، إذ بدأ التوسع الكبير في استخداماته من الثمانينات الميلادية من القرن الماضي في المجالين الاجتماعي والتربوي، وعلى الرغم من البداية المتأخرة للمنهج الإثنوغرافي في التربية، رافقت تلك البداية محاولات أوائل الرواد الذين استخدموا المنهج الإثنوغرافي للربط بين الثقافة والنظام التربوي مثل سبندلر ***Spindler*** ، وسميث ***Smith***، وجيوفري ***Geoffery*** مع التركيز على قضايا التنشئة الاجتماعية، ودراسة المدرسة بوصفها مؤسسة ناقلة للثقافة، إلا أن استخدام المنهج الإثنوغرافي في الميدان التربوي والدراسات الاجتماعية تطور سريعًا في كثير من الجامعات الغربية خصوصًا

---

(١) فهد بن سلطان السلطان، المنهج الإثنوغرافي: رؤية تجديدية لواقع البحث التربوي ، مرجع سابق ص ١٠٣.

(٢)كمال عبد الحميد زيتون، تصميم البحوث الكيفية ومعالجة بياناتها إلكترونيًا، القاهرة: عالم الكتب ٢٠٠٦م، ص ص ١٠-١١.

فـي بريطانيـا والولايـات المتحـدة،[1] فخـلال العقـدين الأخيـرين مـن القـرن العشـرين تحـول عدد من البـاحثين الضـالعين فـي مجـال المنهجيـة الكميـة فـي الولايات المتحدة وأوروبا، بعدما قضوا سنوات طويلـة فـي تدريس وممارسـة البحـث الكمـي، إلـى المنـاهج البحثيـة النوعيـة الإثنوغرافيـة بصـورة ملحوظـة لقناعتهم أن المناهج البحثية النوعية تحقق اجتماعيًّا وتربويًّا مـا عجـزت عنـه البحوث الكمية.[2]

وتسـمى الإثنوغرافيـا التربويـة بتسـميات متعـددة مثـل: الانثروبولوجيـا التربوية، ملاحظة المشارك، البحث الميداني، الاستقصـاء الطبيعـي، ويوصـف البحث الإثنوغرافي بأنه بحث تفاعلي يتطلـب وقتًـا طـويلاً للملاحظـة والمقابلـة وتسجيل العمليـات كمـا تحـدث بشـكلها وفـي مواقعهـا الطبيعيـة، ويركـز البحـث النوعي على وصف السياق دون محاولـة من الدارس فرض نظامه أو معتقداته على المواقف البحثيـة، بمعنـى أن البحـث الإثنـوغرافي يأخـذ منحـى ظـواهري نوعي، وبمعنى آخر يقوم علـى فلسـفة طبيعيـة ظـواهرتيـة فيمـا يخـص السـلوك الإنساني.[3] وتتكون كلمة ***Ethnography*** من مقطعين ***Ethno*** بمعنى جنس، أو شعب، أما ***graphy*** وتعني يكتب، أو يرسم، وبـذلك يكـون المعنـى ككل وصف الشعوب، وتعد الإثنوغرافيا التربوية على وجه الخصوص عملية تتيح الوصـف العلمـي لنظـام أو ظـاهرة تربويـة من خـلال دراسـتها فـي سـياق البيئة القائمة فيها، وتمثل الإثنوغرافيا بوسائلها ومبادئهـا استبصـارًا جديـدًا، أو أداة منهجيـة جديـدة يمكـن الاعتمـاد عليهـا لمعالجـة الكثيـر مـن المشـكلات التربويـة، وتعد الدراسة الإثنوغرافية في جوهرها دراسة حالة سواء كانت هذه الحالة قبيلة، أو فصل دراسي، أو مؤسسة تربوية، حيث يختـار الـدارس وحـدة الدراسة، ثم يتعمق في دراستها.[4]

حيـث تمثـل "دراسـة الحالـة نوعًـا مـن البحـث المتعمـق عـن العوامـل المتعددة التي تسهم في فردية وحدة اجتماعية ما – شخصًا كان أو جماعـة، أو مؤسسـة اجتماعيـة، أو مجتمعًـا محليًـا – فمن خـلال استخدام عـدد مـن أدوات

---

(١) فهد بن سلطان السلطان، المنهج الإثنـوغرافي: رؤيـة تجديديـة لواقـع البحـث التربـوي ، مرجـع سـابق ص ص ٩٦ - ٩٧.

(٢) المرجع السابق، ص ص ٩٩- ١٠٠.

(٣) فريد كامل أبو زينة، وآخرون، مناهج البحث العلمي: طرق البحث النوعي، إشراف: سعيد التل، عمان: جامعة عمان العربية للدراسات العليا، ٢٠٠٥م، ص ١١٧.

(٤)كمال عبد الحميد زيتون، منهجية البحث التربوي والنفسي من المنظور الكمي والكيفي، مرجع سابق، ص ص ٣٠٥-٣٠٧.

البحث، تجمع بيانات دالة عن الوضع القائم للوحدة، والخبرات الماضية، والعلاقات مع البيئة وبعد النظر في العوامل والقوى التي تحدد سلوكها بعمق وتحليل نتائج تلك العوامل وعلاقتها، يستطيع المرء أن ينشئ صورة شاملة متكاملة للوحدة، كما تعمل في المجتمع".[١]

ويستخدم البحث النوعي تصميم دراسة الحالة ؛ بمعنى أن تحليل البيانات يركز على ظاهرة واحدة يختارها الدارس من أجل الفهم المتعمق، ويوفر تصميم دراسة الحالة، بسبب مرونته وقابليته للتطبيق في ظروف وعمليات عديدة وكذلك على الأشخاص والمحاور، بعضًا من أكثر الأساليب فائدة في البحث التربوي والبحث في العلوم الإنسانية الأخرى.[٢]

ويقوم البحث النوعي الإثنوغرافي على الافتراضات التالية:

- يتأثر السلوك تأثرًا كبيرًا بالبيئة التي يحدث فيها، فالفهم الحقيقي للسلوك يتطلب فهم تلك البيئة أو السياق.
- تجمع البيانات والمعلومات في مواقعها وسياقها الطبيعي.
- تتم عملية تفسير البيانات في إطار السياق الذي جمعت فيه.
- تعميم النتائج ليس هدفًا، والمهم هو الوصف الدقيق والكافي للموقف قيد الدراسة.
- لا يفرض الدارس نظامه القيمي أو معتقداته على المواقف قيد الدراسة أو المشاركين في الحدث.
- عملية اشتقاق الفروض والمعاني أو التفسيرات للموقف أو الحدث عملية ديناميكية ومستمرة.
- ضبط المواقف ومعالجتها ليس من مهمات الدارس الإثنوغرافي كما هو الحال في البحث التجريبي.
- إدراكات الأفراد هي الموجه الأساسي لسلوكهم نحو الآخرين سواء كانوا أفراد أو جماعات.
- لابد من وجود تفاعل بين الدارس في الموقف أو السياق الاجتماعي والمشاركين.
- الدارس الإثنوغرافي باحث حساس ومتنبه لما يدور في المشهد أو الموقف الاجتماعي يدون الأحداث بدقة وأمانة وموضوعية.

---

(١) حمدي أبو الفتوح عطيفة، منهجية البحث العلمي وتطبيقاته في الدراسات التربوية والنفسية، القاهرة: دار النشر للجامعات، ١٩٩٦ م، ص ٩٦.

(٢) فريد كامل أبو زينة، وآخرون، مناهج البحث العلمي: طرق البحث النوعي ، مرجع سابق، ص ٩٤.

• موقع الدراسة :

اختار الدارس موقع البحث بطريقة قصدية هادفة، حيث يختلف مفهوم العينة في البحث النوعي الإثنوغرافي عنه في البحث الكمي، فبينما يكون الهدف من اختيار العينات في الدراسات التجريبية أو المسحية هو تعميم النتائج التي خلص إليها الدارس اعتمادًا على العينة، إلى المجتمع الأصلي الذي اختيرت منه العينة فإن الهدف من البحث النوعي هو تطوير النظرية أو فهم الظاهرة موضوع الدراسة بشكل متعمق، لذا فإن العينات في البحث النوعي الإثنوغرافي هي عينات غرضية قصدية، بعكس العينات الاحتمالية، وهي عينات غنية بالمعلومات من أجل الدراسة المتعمقة للموقف أو الظاهرة دونما الحاجة أو الرغبة في التعميم، إن قوة ومنطق العينات المقصودة يكمن في أن الحالات التي تتم دراستها بعمق تؤدي إلى أفكار عديدة عن الموضوع.(١)

وبناءً عليه تم اختيار موقع البحث بطريقة قصدية أو هادفة (***Purposeful Sample***)، وتعني القصدية هنا "أن الدارس يختار عينة بحثه على نحو متعمد بحيث تعينه على فهم الظاهرة موضع الدراسة ، على أن يكون معيار اختياره لها ثراء المعلومات التي تقدمها له"(٢)، وذلك لتحقيق غرض الدارس في الحصول على بيانات ومعلومات ضرورية للإجابة عن أسئلة الدراسة ، "فجمع بيانات تفصيلية بدرجة كبيرة حول حالة واحدة أو ظاهرة معينة في البحث النوعي يسمح بتحليل جوانب متعددة لموضوع معين، فالملاحظات خلال مدة زمنية طويلة، أو سلسلة من المقابلات، تؤدي عادة إلى تجمع هائل من البيانات فيما يتعلق بعناصر وجوانب متعددة للموضوع الذي تجري دراسته.(٣)

وفيما يلي تعريف بموقع الدراسة :

- الاسم : مركز الأمل للتدخل المبكر(*)
- أهداف مركز الأمل للتدخل المبكر:

---

(١) المرجع السابق، ص ص ٦٧ -٦٨.

(٢) كمال عبد الحميد زيتون، تصميم البحوث الكيفية ومعالجة بياناتها إلكترونيًا، مرجع سابق، ص ٦١.

(٣) بول م. كاميك ، وآخرون، البحث النوعي في علم النفس: منظور موسع في المنهجية والتصميم، عمان: دار الفكر، ٢٠٠٧م، ص ٣٢.

(*)الاسم الوارد في الدراسة ليس الاسم الحقيقي لمركز التدخل المبكر موضوع الدراسة ، وذلك لسرية وخصوصية المعلومات المرتبطة به .

يسعى مركز الأمل للتدخل المبكر إلى تحقيق الأهداف التالية:

- تقديم خدمات تدريبية علاجية وتأهيلية شاملة ومتكاملة ومتخصصة للأطفال من ذوي الإعاقة من سن الولادة حتى سن خمس سنوات.
- العمل على تقليل نسبة الإعاقة في المجتمع من خلال إطلاق البرامج والحملات التوعوية المتخصصة.
- الكشف المبكر عن حالات الإعاقة من خلال إجراء التقييم والتشخيص اللازمين بهدف الحيلولة دون تطور الإعاقة إلى عجز.
- تدريب أسرة الطفل وتوجيهها إلى السبل الصحيحة للتعامل مع الطفل المعاق.
- تقديم الخدمات الإرشادية لأسر الأطفال ذوي الإعاقة لمساعدتهم في التغلب على الضغوط الناتجة عن وجود طفل معاق في الأسرة.
- بناء وتطوير المناهج والبرامج التعليمية ذات الصلة والتي من شأنها تمكين الأطفال من ذوي الإعاقة على الاستقلال الذاتي وتطوير المهارات إلى حدودها القصوى.

▪ شروط القبول بمركز الأمل للتدخل المبكر:-

- أن يعاني الطفل من عجز أو تأخر في إحدى المجالات (الحركية – الحسية – الإدراكية – الاجتماعية – الانفعالية – مهارات اللغة والاتصال – مهارات العناية بالذات – السلوك التفاعلي).
- استكمال الأوراق الثبوتية للتسجيل (صورة جواز السفر – شهادة الميلاد – شهادة التطعيم – صورة شخصية – خلاصة القيد للمواطنين – صورة من الإقامة سارية المفعول للوافدين).
- أن يتراوح عمر الطفل الزمني دون سن الرابعة، للأطفال ذوي الإعاقات السمعية والبصرية والحركية والتوحد.
- أن يلتزم ولي الأمر بالحضور والمشاركة في تنفيذ الخطة العلاجية الفردية التي تم إعدادها من قبل فريق العمل بالمركز قدر الإمكان.
- يقبل المركز الأطفال المواطنين والمقيمين على حد سواء.
- خلو الحالة من الأمراض المعدية.

المشاركون في الدراسة :

يعتمد البحث الإثنوغرافي على مفهوم إشراك المستفيدين ***Stakeholders*** وتقديم وجهة نظرهم بصورة شمولية وفاعلة، فليست مجريات الدراسة وأسئلته مشتقة من رؤية الدارس وخلفيته الثقافية والفكرية، بل على العكس من ذلك، فإن المتوقع من الدارس الإثنوغرافي أن يكون قادمًا إلى حقل الدراسة بعقلية ثقافية ومعرفية مفتوحة، وأن تنصب مهمته في معايشة مجتمع الدراسة بصورة متكاملة فيبحث ويتولى نقل ووصف ما يشاهده ويسمعه من خلال تسجيله للملاحظات والآراء والأفكار والمقترحات والرؤى من داخل ميدان الدراسة.(١)

وبناءً عليه فإن الدارس يعتمد في حصوله على جانب كبير من البيانات والمعلومات الخاصة بالدراسة من المشاركين في الدراسة والذين يتمثلون في:

- أفراد الهيكل الوظيفي بمركز الأمل للتدخل المبكر.
- أولياء الأمور الذين يحضرون مع أطفالهم إلى مركز الأمل للتدخل المبكر.

- دور الدارس والاعتبارات الأخلاقية:

إن البحث الإثنوغرافي كغيره من البحوث العلمية يلتزم بمجموعة من المبادئ والاعتبارات الأخلاقية التي ينبغي على الدارس مراعاتها وأخذها بعين الاعتبار عند التخطيط لبحثه وأثناء تنفيذه لأن التزام الدارس بهذه الأخلاقيات يكسبه احترامًا مهنيًا، بالإضافة إلى أنه قد يسهم في التوصل إلى نتائج فيها قدر كبير من الدقة والموضوعية.

وفيما يلي إهمال أدوار والاعتبارات الأخلاقية التي يسعى الدارس للالتزام بها:

- يكون الدارس مشاركًا ملاحظًا يحضر جلسات التدخل المبكر بالمركز ويشارك في أنشطته، ويجري المقابلات، ويبدأ الدارس بإجراء المقابلات الأولية لبناء الثقة والتعارف والقبول من قبل المشاركين في الدراسة من أفراد الهيكل الوظيفي بالمركز، وأولياء الأمور الذين يحضرون مع أطفالهم إلى مركز الأمل للتدخل المبكر، ثم تبدأ ملاحظاته لما يجري في المركز من سلوكيات وأنشطة.

---

(١) فهد بن سلطان السلطان، المنهج الإثنوغرافي: رؤية تجديدية لواقع البحث التربوي ، مرجع سابق ص ص ١٢٢-١٢٣.

- يعمل الدارس على تزويد المشاركين في الدراسة بالمعلومات الضرورية التي تساعدهم على فهم طبيعة الدراسة، وذلك لتصحيح المفاهيم الخاطئة، والتي قد تؤثر على اتجاهاتهم نحو عملية الدراسة .
- يبلغ الدارس المشاركين في الدراسة سواء كانوا من أفراد الهيكل الوظيفي بالمركز، أو من أولياء الأمور الذين يحضرون مع أطفالهم إلى مركز الأمل للتدخل المبكر بكافة جوانب الدراسة التي قد تؤثر على قرارهم بالمشاركة أو عدمها، كما يحاول الدارس الإجابة على كافة الاستفسارات التي قد تطرح عليه من المشاركين.
- يحصل الدارس من كافة المشاركين على موافقات شفهية للمشاركة في الدراسة، وقبل ملاحظة أو تصوير الأطفال في الدراسة ، يأخذ الدارس موافقة أولياء أمورهم على ذلك.
- يعايش الدارس الموضوع الذي يبحث فيه مدة زمنية كافية، وذلك بمتابعة جوانبه في موقعه الميداني المتمثل في مركز الأمل للتدخل المبكر.
- يلتزم الدارس – على قدر الإمكان – بضمان سرية المعلومات التي جمعها خلال الدراسة ، كما يلتزم بأنه لن يستخدم هذه المعلومات لأغراض غير أغراض البحث العلمي.
- يحاول الدارس أن يكون موضوعيًّا في بحثه، سواء خلال مرحلة جمع المعلومات، وخلال تحليل البيانات، وعند إصداره توصياته ومقترحاته.

- استراتيجيات جمع البيانات:

التزامًا بتصميم البحث النوعي الإثنوغرافي سوف يستخدم الدارس مجموعة من الاستراتيجيات المتنوعة في جمع البيانات، حيث ترتبط الإثنوغرافيا ارتباطًا وثيقًا باستراتيجيات خاصة بجمع البيانات، وتتمثل أهم هذه الاستراتيجيات في: ملاحظة المشارك، المقابلات الإثنوغرافية، تحليل الوثائق والسجلات، إلا أنه ينبغي التأكيد على أنه "بينما تتصف أدوات البحث الكمي بخصائص الصدق والثبات والموضوعية، فإن وسائل جمع البيانات النوعية لا تتطلب توفر هذه الخصائص".[١] وفيما يلي توضيح هذه الإستراتيجيات:

أ - ملاحظة المشارك ***Participant Observation:***

لعل أهم طرق جمع البيانات في الدراسات الإثنوغرافية هو ملاحظة المشارك، حيث يكون الملاحظ جزءًا من الموقف الذي يقوم بملاحظته

(١) فريد كامل أبو زينة، وآخرون، مناهج البحث العلمي: طرق البحث النوعي ، مرجع سابق، ص ٦٣.

ويصبح فردًا في المجموعة التي يشاهدها حيث يشاركها نشاطاتها وأفعالها، والفلسفة وراء هذا الأسلوب أن مشاهدة الموقف من الداخل في بعض الحالات تكون أكثر دقة من مشاهدتها من الخارج.[١]

وفي هذا الأسلوب يقوم الدارس بالملاحظة في موقع ميداني لفترة طويلة نسبيًّا، ويكون التركيز على تسجيل الحقائق والمشاهد كما يظهرها أو يبديها المشاركون، ويحاول الدارس اكتساب فهم واضح للمعنى من خلال ملاحظة الإرشادات غير اللفظية والتفاعلات الاجتماعية، والملاحظة بالمشاركة غير مقننة بمعنى أن أي شيء يمكن أن يكون مهمًا، لكن الدارس قد لا يقوم بتسجيل كل ما يحدث، ويتم تسجيل ملاحظات ميدانية مفصلة يتم تحليلها لبناء أفكار ذات معنى أو استنتاجات يمكن توسيعها إلى حالات مشابهة.[٢]

وبناءً عليه سوف يعمل الدارس على استخدام هذه الإستراتجية، وذلك بملاحظة الظواهر في مواقفها التي تحدث فيها بصورة طبيعية بهدف الحصول على البيانات من الواقع، بما يمكن الدارس من التعمق في الحالة التي تتم دراستها وإضافة البيانات المستخرجة من هذه المشاهدات إلى ما يتم الحصول عليه من معلومات مباشرة من المشاركين من خلال المقابلات بما يساهم في تعميق الفهم وإضفاء مزيدًا من المصداقية على البحث.

ب- المقابلات الإثنوغرافية: ***Ethnographic Interviews***

يمكن تعريف المقابلة على أنها: "محادثة بين القائم بالمقابلة والمستجوب، وذلك بغرض الحصول على معلومات من المستجوب بهدف الوصول إلى معلومات تعكس حقائق أو مواقف محددة يحتاج الدارس الوصول إليها "[٣]، وفي الغالب توصف المقابلة الإثنوغرافية بالمقابلة غير المحكمة (***Non structured***) أو المقابلة المتعمقة، ويمكن للمقابل أن يستخدم دليلاً عامًا للمقابلة، ولكن لا يستخدم مجموعة محددة مصاغة بنفس الطريقة لكل شخص تجري مقابلته. ويمكن أن يكون للشخص المقابل أثر في تشكيل محتوى المقابلة من خلال التركيز على مواضيع على جانب من الأهمية، ومن واجب المقابل تشجيع الشخص على الحديث بالتفصيل في

---

(١) المرجع السابق، ص ١٢٥.

(٢) محمد خليل عباس، وآخرون، مدخل إلى مناهج البحث في التربية وعلم النفس، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع، ٢٠٠٧م، ص ٢٠٥.

(٣) سناء محمد سليمان، أدوات جمع البيانات في البحوث النفسية والتربوية، القاهرة: عالم الكتب، ٢٠١٠م، ص١٦٣.

مجالات اهتمامه. وفي الغالب يقوم الدارس بتسجيل المقابلات، وكتابة نسخ عنها لتحليل الأفكار العامة أو الاستنتاجات.[١]

وبناءً عليه سوف يستخدم الدارس المقابلات الإثنوغرافية مع أفراد الهيكل الوظيفي بمركز الأمل للتدخل المبكر، وأولياء الأمور المترددين على المركز، للحصول على وجهات نظرهم، والاستماع إلى ملاحظاتهم بشكل تفصيلي بهدف الوصول إلى فهم عميق لإدراكهم لعملية التربية الخاصة للأطفال المعاقين، وسوف تكون هذه المقابلات مفتوحة لتوفير الفرصة للمشاركين لوصف وتفسير الأشياء البارزة بالنسبة لهم، على أن يتم تحليل ما ورد في المقابلات من مفردات وتعابير واستخدامها كبيانات لتوضيح النتائج والتوصل إلى الاستنتاجات.

جـ- تحليل الوثائق والسجلات ***Records Analysis***

سوف يقوم الدارس بتحليل الوثائق والسجلات التي يمكن الوصول إليها بهدف الحصول على المعلومات، وسوف يستخدم الدارس هذه المعلومات لتقديم تفسيرات يمكن تدعيمها بالبيانات من المقابلات والملاحظات حيث "تعتبر الوثائق في هذا النمط من البحث مصدرًا أساسيًّا للبيانات التي يتم جمعها وتحليلها، والوثائق يمكن أن تكون أيضًا مصدرًا من مصادر جمع البيانات التي تدعم أو تؤكد على بيانات جُمِعَت بوسائل أخرى كالملاحظة الميدانية أو المقابلات"[٢].

- معايير الثقة في الدراسة :

أ - المعقولية ***Credibility***

يقصد بالصدق الداخلي في البحوث الكمية مدى وصف النتائج للحقيقة. ويرى البعض أن تحقيق هذا المبدأ يعد أمرًا مستحيلاً، لأن الإنسان لابد أن يحدد بدقة طبيعة هذه الحقيقة، ليحقق هذا المبدأ، وإذا عرف الإنسان طبيعة هذه الحقيقة بدقة فلن يكون هناك داع لدراستها، وعلى الدارس الكمي أن يفترض علاقات، ثم يختبرها ولا يمكن إثبات الفروض البحثية ولكن رفضها فقط أو قبولها. في حين يقوم الدارس الكيفي بافتراض وجود حقائق متعددة، ويحاول أن يعين هذه الحقائق المتعددة بصورة متناسبة، وتصبح المعقولية هي الاختيار المناسب بدلاً من الصدق، ولا تعتمد المعقولية بصورة كبيرة على

---

(١) فريد كامل أبو زينة، وآخرون، مناهج البحث العلمي: طرق البحث النوعي ، مرجع سابق، ص ٧٥.
(٢) فريد كامل أبو زينة، وآخرون، مناهج البحث العلمي: طرق البحث النوعي ، مرجع سابق، ص ٤٠.

حجم العينة، بل تعتمد أكثر على ثراء المعلومات التي تجمع، وعلى القدرات التحليلية للدارس.[١]

فإن إحدى طرق التفكير حول الفرق بين البحث الكمي والنوعي هي النظر إلى البحث الكمي على أنه عملية إنتاج خريطة لمكان ما، والبحث النوعي على أنه عملية إنتاج شريط تلفزيوني لهذا المكان، فالخريطة مفيدة للغاية، حيث أنها توضح بفعالية ودقة موقع المكان وعلاقته بالأماكن الأخرى، من حيث القرب والاتجاه، غير أن أكثر الخرائط تفصيلاً لا يستطيع توضيح فهم ما الذي يدور بداخل هذا المكان.[٢]

وبناءً عليه فقد حاول الدارس تحقيق المعقولية في البحث الحالي باختياره لتصميم دراسة الحالة، وذلك بدراسة (مركز الأمل للتدخل المبكر) وذلك بهدف تحليل الجوانب المتعددة لعملية التربية الخاصة للأطفال المعاقين بمراكز التدخل المبكر، فالملاحظات خلال مدة زمنية مناسبة، وسلسلة المقابلات، وتحليل الوثائق والسجلات، يؤدي عادة إلى تجمع هائل من البيانات فيما يتعلق بالجوانب المتعددة للموضوع الذي تجري دراسته.

ب - الانتقالية ***Transferability***

يشير الصدق الخارجي في البحث الكمي إلى إمكانية تعميم النتائج في مواقف مختلفة وسياقات أخرى ***Different Setting***، حيث يقصد بالقابلية للتعميم إمكانية تعميم دراسة محددة إلى مستوى يتعدى أفراد العينة والمواقف التي تمت فيها هذه الدراسة، وفي الحقيقة فإن معظم الباحثين النوعيين غير مهتمين بالقابلية للتعميم في سياقها السابق، ويتركز اهتمام هؤلاء على الوصول إلى تعميمات متعلقة بالعمليات أكثر من التعميمات على مواقف أو أفراد. كما يرى بعض الباحثين النوعيين أن التعميم ليس هو من صميم مهمتهم، بل مهمة من يريد التعميم، فهم يهتمون بإعطاء وصف كامل، وتوثيق المواقف والأفراد الذين تمت دراستهم ، وعلى الباحثين الآخرين اتخاذ قرار حول ما إذا كانت نتائج هذه الدراسات تنطبق على المواقف والأفراد الذين يهتمون بدراستهم.[٣]

---

(١) حمدي أبو الفتوح عطيفة، منهجية البحث العلمي وتطبيقاته في الدراسات التربوية والنفسية، مرجع سابق، ص ص ٢٤٦ – ٢٤٧.

(٢) بول م. كاميك ، وآخرون، البحث النوعي في علم النفس: منظور موسع في المنهجية والتصميم، مرجع سابق، ص ٣٣.

(٣) فريد كامل أبو زينة، وآخرون، مناهج البحث العلمي: طرق البحث النوعي ، مرجع سابق، ص ٤٨.

لذا يستخدم الباحثون النوعيين مصطلح الانتقالية بدلاً من مصطلح التعميم، فعلى الرغم من أهمية التعميم، لكونه يساعد في عملية التنبؤ، إلا أن التحكم في المواقف يجعل من المستحيل القيام بالتعميم بينما يعتمد انتقال الفرص إلى مواقف أخرى في البحوث الكيفية على درجة التشابه بين الموقف الأصلي والموقف المراد النقل إليه. ولايمكن للباحث أن يحدد العملية الانتقالية بالنسبة لنتائجه، ولكنه يمكن أن يقدم معلومات كافية يمكن أن يستخدمها القارئ لتحديد إذا كانت النتائج تنطبق على الموقف الجديد المطروح أم لا فقط.(١)

وبناءً عليه فقد حاول البحث المساعدة في تحقيق عملية الانتقالية من خلال تقديمه لنتائج وتوصيات تتعلق بالبيئة المادية، والبيئة البشرية، والإجراءات المتبعة، ومجالات التربية الخاصة للأطفال المعاقين بمركز الأمل للتدخل المبكر، ليس الهدف منها التعميم، وإنما الهدف منها وصف وتفسير ما يدور بالمركز محل البحث بإطارها المكاني، والمادي، والبشري، والاجتماعي، مما يساعد على الانتقالية ؛ للاستفادة من النتائج في حالات متشابهة أو في أوضاع تربوية أو مؤسسات تحمل السياقات الثقافية والاجتماعية نفسها.

ج - الاعتمادية ***Dependability***

يحدد الباحثون الكميون ثلاثة أنواع من الثبات ***Reliability*** في البحوث الكمية، تتمثل في: الحصول على نفس الدرجة على المقياس عند إعادته، استقرار المقياس عبر الزمن، التشابه بين القياسات في فترة محددة من الزمن. بينما يرى الباحثون الكيفيون: أنه إذا سلمنا أنه لا يوجد صدق دون ثبات، فبالتالي لا توجد معقولية دون اعتمادية، فإن توضيح الأولى يحقق الثانية، ومع ذلك فهما يقدمان مقياسًا واحدًا يمكن أن يدعم الاعتمادية في البحوث الكيفية، وهو استخدام "بيان بحثي دقيق ***Inquiry audit***" يقوم به من يقرأ البحث الكيفي ؛ بفحص كل من العملية والمنتج من البحث للتحقق من توافقهما.(٢)

لذا فإن الباحثون النوعيين يستخدمون مصطلح الاعتمادية بدلاً من مصطلح الثبات، فالبحث النوعي يرى أن البحث عن العموميات (عبارات

(١) حمدي أبو الفتوح عطيفة، منهجية البحث العلمي وتطبيقاته في الدراسات التربوية والنفسية ، مرجع سابق، ص ص ٢٤٧ – ٢٤٨.

(٢) حمدي أبو الفتوح عطيفة، منهجية البحث العلمي وتطبيقاته في الدراسات التربوية والنفسية ، مرجع سابق، ص ٢٤٨.

شبيهة بالقوانين أو النظريات تظل ثابتة في إطار الزمان والمكان) هو أمر مضلل. فالسلوك الإنساني محكوم دائمًا بسياق تاريخي، واجتماعي، وزماني، وثقافي، وعليه فإن نوع القانون وأمثلته للتفسير الذي تتحراه الطريقة الافتراضية – الإستنتاجية مرفوض لصالح نوع الحالات وتفسيراتها، ويسعى الباحثون النوعيون إلى تفسير الأفعال الإنسانية، والمؤسسات الاجتماعية، والأحداث، والعادات، وما شابه، ومن ثم ينشئون تفسيرًا أو صورة لما تجري دراسته، إن الهدف الأقصى لهذا النوع من الاستقصاء هو تصوير النمط المعقد لما تجري دراسته بعمق كاف وتفصيل بحيث يتسنى لمن لم يمارسه أن يفهمه.(١)

ثانياً: تحليل بيانات الدراسة وتفسيرها:

قام الدارس بتحليل البيانات التي حصل عليها خلال معايشته لموضوع البحث قرابة أربعة أشهر ، وذلك بمتابعة جوانبه في موقعه الميداني والذي يتمثل في مركز الأمل للتدخل المبكر، وفيما يلي سوف يتناول الدارس هذه البيانات بالتحليل والتفسير:

١- البيئة المادية لمركز الأمل للتدخل المبكر:

أ- موقع مركز الأمل للتدخل المبكر:

يقع مركز الأمل للتدخل المبكر في إحدى الضواحي السكنية للمدينة ، حيث تتوافر وسائل انتقال من وإلى المركز بسهولة، كما توجد علامات إرشادية على الطرق الرئيسة توضح موقع المركز، كما لوحظ أن المركز يقدم لأولياء الأمور والزائرين مطوية تشتمل على مخطط تفصيلي لموقعه.

لاحظ الدارس أنه يتوفر في موقع مركز الأمل للتدخل المبكر الشروط البيئية والصحية، حيث يقع مبنى المركز في وسط منطقة مفتوحة وهادئة وبعيدة عن مناطق الكثافات السكانية العالية والمزدحمة، كما أن موقع المركز بعيد عن أدخنة المصانع، ومصادر التلوث البيئي، مما يحافظ على صحة الأطفال الملتحقين بالمركز.

كما لوحظ أن موقع مركز الأمل للتدخل المبكر يراعي الشروط المتعلقة بأمن الطفل وسلامته، حيث يقع المركز في أحد الشوارع الفرعية، كما أن هناك فراغ تمهيدي بين البوابة الخارجية ومدخل المركز مما يجنب الأطفال مخاطر الطريق كما أن موقع المركز يسمح بوصول ودخول سيارات الإطفاء والإسعاف بسهولة ويسر.

---

(١)دونلد أري، وآخرون، مقدمة للبحث في التربية ، مرجع سابق، ص ٥١٩.

لوحظ أنه يتوفر لموقع مركز التدخل المبكر مياه صالحة للشرب، وشبكة صرف صحي سليمة، وشبكة كهرباء تعمل بكفاءة، ووسائل تخلص من القمامة بطريقة صحيحة وصحية، وشبكة اتصالات سلكية ولا سلكية.

ب - تصميم المبنى وشكله الخارجي:

يتكون مبنى مركز الأمل للتدخل المبكر من طابقين، وهو عبارة عن مبنى مستأجر تم تصميمه في الأساس كوحدة سكنية، ويلاحظ أن الشكل الخارجي للمبنى يتسم بوضوح التشكيل، ويراعي النواحي الجمالية، حيث له شكل هندسي متناسق، كما يلاحظ أن ألوان أسطحه الخارجية مناسبة، ذلك بالإضافة إلى أن المبنى ملائم لتشكيل النسيج العمراني المحيط به.

تحيط بالمبنى ساحة خارجية، جزء منها عبارة عن حديقة، بينما يتم استغلال الجزء الآخر كموقف للسيارات الخاصة بالعاملين بالمركز والمترددين عليه كما يحيط بالمبنى وساحته الخارجية سور له باب واحد يؤدي إلى مدخل المبنى عبر ممر يصل بينهما.

ويرى الدارس أن المبنى وإن صُمِمَ في الأساس ليكون وحدة سكنية، إلا أن تصميمه الخارجي على هذا النحو قريب إلى نفوس الأطفال وأولياء أمورهم، مما يساعد على إشاعة الشعور بالانتماء والطمأنينة لديهم، لكونه بعيد عن التصميم المعتاد للمؤسسات الرسمية، إلا أنه من ناحية أخرى فإن عدم تصميم المبنى في الأساس كمركز للتدخل المبكر قد يؤثر على النشاطات المختلفة التي تتم ممارستها بداخله، لكون المبنى هو الوعاء الذي تنطلق فيه محتوى تلك النشاطات كما ترى الدراسة أنه كان من المفضل أن يشتمل المبنى على طابق واحد أرضي وذلك لأسباب تتعلق بسلامة الأطفال.

جـ – مرافق المبنى وتجهيزاته:

- الحديقة وتجهيزاتها:

يحيط بمركز الأمل للتدخل المبكر حديقة مستوية دون عوائق ذات مساحة مناسبة، مكسوة بالعشب الأخضر، إلاَّ أنه لا يوجد بها جزء مظلل أو أشجار للظل تحمي الأطفال من حرارة الشمس التي غالبًا ما تكون مرتفعة.

يلاحظ أن الحديقة مجهزة بألعاب خارجية مصنوعة من مواد مناسبة للأطفال، وذات ألوان جذابة، إلاَّ أن هذه الألعاب لا يوجد تحتها وسائد من الرمال أو المطاط لتحمي الأطفال عند السقوط، مما يعرضهم للخطر، فاللعبة قد تكون آمنة بالنسبة لطفل معاق بإعاقة معينة، وقد تكون مصدرًا للخطر لطفل معاق بإعاقة أخرى، وخاصة أنه لا توجد لوحات وعلامات إرشادية تتعلق بالأمن والسلامة لهذه الألعاب حسب أعمار الأطفال وطبيعة إعاقاتهم

يضاف إلى ذلك أنه لا توجد حواجز بين هذه الألعاب والسيارات الموجودة داخل ساحة المركز، مما يخالف قواعد الأمن والسلامة.

وبصفة عامة فإن الدارس لم يلاحظ - خلال مدة إجرائه للدراسة - أي إقبال على الألعاب الموجودة بالحديقة من الأطفال الملتحقين بالمركز ، ويفسر الدارس ذلك لكون هذه الألعاب لا تناسب أعمار الأطفال أو ظروف إعاقاتهم مما جعلهم يبتعدون عنها، حيث أن الفشل في التعامل مع الألعاب قد يحبط الأطفال والوالدين والمشرفين عليهم مما يؤدي إلى ترك هذه الألعاب وإهمالها ، كما أن ارتفاع درجة الحرارة وكون الألعاب غير مظللة يعد سبب آخر لعدم الإقبال عليها.

- المدخل:

لمبنى مركز الأمل للتدخل المبكر باب واحد يؤدي إليه درج يوجد على جانبه منحدر يسهل دخول الأطفال المعاقين باستخدام المقاعد المتحركة ، ويؤدي الباب إلى مدخل مساحته تبلغ ١٦م٢، يبدو من النظرة الأولى أنه واضح ومألوف، فالإضاءة في النهار طبيعية مريحة، كما يوجد بالمدخل مقاعد للانتظار، وبعض الصور لأطفال بالمركز وهم يقومون ببعض الأنشطة، إلا أن عدم وجود باب آخر يستخدم كمخرج في حالة الطوارئ قد يشكل خطرًا على أمن الأطفال وسلامتهم.

- بهو الاستقبال:

يؤدي المدخل إلى بهو الاستقبال، والذي تبلغ مساحته ٤٨م٢ تقريبًا، ويوجد في أحد جوانب البهو مكتب لموظف الاستقبال، ومجموعة مناسبة من المقاعد لجلوس المترددين على المركز من الزائرين وأولياء الأمور، كما يوجد في جانب آخر من البهو ركن خاص بألعاب الأطفال مما يمنح الأطفال شعور بالألفة والسعادة خاصة عند دخول المكان للمرة الأولى.

يوجد على أحد جدران البهو شاشة عرض تستخدم في بعض الأحيان لعرض الرسوم المتحركة أو برامج الأطفال بالقنوات التلفزيونية، ويوجد على باقي الجدران لوحات وإرشادات، وصور لبعض الأطفال الملتحقين بالمركز أخذت لهم أثناء ممارستهم لبعض الأنشطة والتدريبات.

- قسم العلاج الطبيعي:

يقع قسم العلاج الطبيعي في الطابق الأول ، ويتكون من غرفة واحدة، لها مدخل واحد، بها تهوية وإنارة جيدتان، ألوان حوائطها مناسبة، ونوافذها

منخفضة تسمح للأطفال برؤية الحديقة، كما أن جزء من أرضيتها مغطى (بالفينيل) مما يجعلها آمنة عند حركة الأطفال أو سقوطهم.

تبلغ مساحة الغرفة ٣٦ م٢تقريبًا، وارتفاع سقفها ٤ م تقريبًا، تتوفر بها ستائر يمكن من خلالها تقسيم الغرفة إلى قسمين بحيث تسمح بعمل اختصاصيين للعلاج الطبيعي في نفس الوقت، إلا أن الدارس لاحظ أن حجم الغرفة غير مناسب مما يجعلها مزدحمة بالأجهزة والأدوات، ويؤكد ذلك ما أشارت إليه الدراسات الحديثة من أن "الحجم الأمثل لغرفة العلاج الطبيعي ينبغي أن يكون ما يقارب (١٠٠ م٢) وبارتفاع ٢,٨٠مترًا.[1]كما لاحظ الدارس أن مركز الأمل للتدخل المبكر لا يملك وثائق أو أدلة إرشادية تحدد المواصفات والشروط التي ينبغي أن تتوافر في غرفة العلاج الطبيعي.

يقدم مركز الأمل للتدخل المبكر من خلال هذا القسم خدمات العلاج الطبيعي للأطفال المعاقين الملتحقين بالمركز، الذين يعانون من مشكلات في الحركة أو وضعية الجلوس والوقوف، وأغلبهم من الأطفال الذين يعانون من مشاكل في الجهاز العصبي المركزي(المخ – الحبل الشوكي)، وكذلك الجهاز العظمي العضلي (العظام – العضلات – المفاصل)، وذلك بهدف تحسين وتنمية وظائف العظام والعضلات، وتحسين حركة المفاصل والتآزر الحركي، والتدريب على استخدام الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية إذا ما اقتضت الحاجة، لذا يلاحظ أن غرفة العلاج الطبيعي تحتوي على مجموعة من الأجهزة والمعدات المساعدة التي تهدف إلى تنمية قدرة الطفل على الحركة والتنقل، وتحسين قدرته على القيام بالأوضاع الملائمة في الجلوس والوقوف والحركة، وتقويم التشوهات، ومنع التدهور في العضلات، ومن أهم الأجهزة والمعدات المتوفرة:

---

(1)*NiphatthaNoiprawat, NopadonSahachaisaeree, A physical therapy environment design concept for children with cerebral palsy in accordance with patient behavior and therapy effectiveness. Journal of US-China Public Administration, , June 2010, Volume 7, No.6, P.95.*

(المقاعد المعدلة *The Advancement Chair*،مقعد الزاوية *The Corner floor sitter*،أجهزة الوقوف *Prone Standers*،عكازات المشي *Crutches*، أجهزة التدريب على المشي *Gait Training*،المشايات محددة السرعة *Pacer Gait Trainer*،الكرات *Therapy Balls*،الاسطوانات *Therapy rolls*،الأوتاد *Therapy wedges*،سلم التدريب *Training Stairs*، البساط *Therapeutic mat*، الدراجة ثلاثية العجلات *Tricycle*).

- قسم العلاج الوظيفي:

يتكون قسم العلاج الوظيفي من غرفتين، تقع كل منهما في الطابق الأول تبلغ مساحة الغرفة الأولى ٢٤م٢تقريبًا وارتفاع سقفها ٤م تقريبًا، وتبلغ مساحة الغرفة الثانية ٢٠م٢تقريبًا وارتفاع سقفها ٤م تقريبًا، وكلتا الغرفتين جيدة الإضاءة والتهوية، إلا أنهما تبدوان ضيقتين، ويرجع ذلك لكونهما تحتويان على مجموعة كبيرة من الأدوات والأجهزة والألعاب التي تشغل الجزء الأكبر من مساحتهما، ولم يجد الدارس لدى المركز وثائق أو أدلة إرشادية تحدد المقاييس والمواصفات التي ينبغي أن تتوافر في غرفة العلاج الوظيفي، وعند سؤال أخصائي العلاج الوظيفي عن مدى ملائمة مساحة الغرفة لوظائفها، أجاب: "بأن مساحة الغرفة صغيرة ولكن ذلك لا يؤثر بدرجة كبيرة على عملي بها، حيث أن العلاج الوظيفي يهتم بتطوير المهارات الدقيقة للطفل والتي غالبًا ما ترتبط باليدين، والرأس، لذا فأنا لا أريد من الطفل أن يتحرك في الغرفة بقدر ما أريد له أن يتدرب على بعض المهارات حتى ولو كان جالسًا في مقعده".

ويقدم مركز الأمل للتدخل المبكر من خلال هذا القسم خدمات العلاج الوظيفي للأطفال الملتحقين بالمركز، وذلك من خلال التركيز على تطوير المهارات الحسية والإدراكية، وتنمية المهارات الحركية الدقيقة والتآزر البصري اليدوي وتدريب الأطفال على المهارات الاستقلالية، حيث يتميز العلاج الوظيفي بتركيزه على العضلات التي يحتاجها الطفل في حياته اليومية، وخصوصًا اليدين للتغلب على الصعوبات الأدائية الناتجة عن محدودية المدى الحركي في اليدين أو صعوبات مسك الأشياء نتيجة الضعف في العضلات الدقيقة أو صعوبات في التآزر البصري اليدوي، كما يركز العلاج الوظيفي على تدريب عضلات الوجه والفم (الأكل الشرب، الكلام) وذلك من خلال العمل على تطوير حركة الفك واللسان، لذا فإن غرفة العلاج

الوظيفي تضم العديد من الأجهزة والأدوات التي تعمل على تحقيق المهام السابقة كقطع بازل، والصلصال، وأدوات تدريب اليدين، وأدوات تدريب الأصابع، وأدوات لتنمية مهارات التآزر البصري اليدوي، وأدوات تنمية المهارات الإدراكية.

- قسم علاج النطق:

يتكون قسم علاج النطق واللغة من ثلاث غرف، غرفتان في الطابق الأول ويتلقى فيهما خدمات علاج النطق واللغة الأطفال الذين يعانون من إعاقات حركية تجعل من الصعب عليهم صعود الدرج، أما الغرفة الثالثة فتوجد في الطابق الثاني.

تبلغ مساحة غرفة علاج النطق واللغة (١) والموجودة في الطابق الأول ١٨ م^{٢} تقريبًا، وارتفاع سقفها ٤ متر تقريبًا وملحق بها دورة مياه تبلغ مساحتها ٦م، بينما تبلغ مساحة غرفة علاج النطق واللغة (٢) والموجودة في الطابق الأول ١٦ م^{٢} تقريبًا، وارتفاع سقفها ٤ متر تقريبًا وتبلغ مساحة غرفة علاج النطق واللغة (٣) والموجودة في الطابق الثاني ٢٠ م٢ تقريبًا، وملحق بها دورة مياه تبلغ مساحتها ٩ م^{٢} تقريبًا.

يوجد في كل غرفة من الغرف الثلاث مرآة كبيرة، وذلك بهدف تقديم تغذية راجعة للأطفال الذين يعانون من مشاكل نطقية حركية تتعلق بحركة أعضاء النطق، كما يوجد بكل غرفة طاولة ومقاعد مناسبة لأعمار الأطفال وأحجامهم كما يوجد بالغرف الثلاث خزائن خشبية لحفظ الأدوات والأجهزة، كما يوجد خزائن جدارية كبيرة بالغرفة رقم (٣)، والتي يستخدم جزء من هذه الخزائن لحفظ الأدوات والأجهزة وإن كانت في الأساس غير مصممة لهذا الغرض.

يلاحظ أن الغرف الثلاث المستخدمة كغرف لعلاج النطق واللغة بعيدة عن مصادر الضوضاء، كما أن إضاءتهم وتهويتهم مناسبة، إلا أنه يلاحظ أن الغرف الثلاث غير مصممة خصيصًا لتكون غرف لعلاج النطق واللغة، فحوائطها وأسقفها غير عازلة للصوت لمنع التداخلات الصوتية الخارجية والصدى الصوتي، مما يجعلها غير مناسبة لتعليم الأطفال الذين يعانون من مشاكل في السمع، كما أن الغرف الثلاث متفاوتة من حيث المساحة والتصميم مما يدل على أنها لم تصمم لغرض واحد.

يتلقى خدمات علاج النطق واللغة بهذا القسم الأطفال الملتحقين بمركز الأمل للتدخل المبكر الذين يعانون من اضطرابات النطق والتي ينتج عنها خلل في عملية وطريقة النطق تؤدي إلى إصدار الطفل للأصوات والمقاطع أو الكلمات بطريقة خاطئة وغير مناسبة لعمره الزمني مما يجعل المستمع غير قادر على فهم ما يقال بشكل كامل، سواء نشأت هذه الاضطرابات لأسباب عضوية كالشلل الدماغي أو شق سقف الحلق، أو تشوهات الأسنان، أو الإعاقة السمعية أو اضطرابات وظيفية وهي الاضطرابات التي لا ترجع إلى سبب أو أساس عضوي والتي يرجع السبب الرئيسي لها إلى طريقة التعلم الخاطئة لنطق الأصوات.

ويتلقى الأطفال في هذا القسم نوعان من البرامج التدريبية هما: برامج التدريب على مهارات التواصل اللفظي، وبرامج التدريب على مهارات التواصل غير اللفظي، حيث يحتاج الأطفال الذين يعانون من ضعف سمعي إلى برامج تأهيلية تساعدهم على تنمية مهارات الاستماع من أجل اكتساب اللغة بشكل طبيعي، وتعرف هذه البرامج التأهيلية ببرامج التأهيل السمعي اللفظي، والتي تهدف إلى تزويد الطفل بالمهارات السمعية اللازمة من أجل تسهيل عملية اكتساب اللغة.

أما برامج التدريب على مهارات التواصل غير اللفظي فهي تقدم للأطفال الذين يعانون من عدم القدرة على التواصل اللفظي كالأطفال التوحديين، وبعض الأطفال المتخلفين عقليًا، وتتمثل هذه المهارات في مهارات الانتباه، والتواصل البصري، والتقليد، ومهارات الاستماع والفهم وتنفيذ الأوامر، ومهارات الإشارة إلى ما هو مرغوب فيه، وفهم وتمييز تعبيرات الوجه ونبرات الصوت الدالة عليها ومهارات تبادل الصور.

لاحظ الدارس أن غرف علاج النطق واللغة تشمل العديد من الأدوات والوسائل والأجهزة، ومن الأدوات والوسائل مجموعة مجسمات للحيوانات وأخرى للفواكه وأخرى للمواصلات، وأدوات وألعاب يصدر عنها صوت وضوء، والكثير من الصور مختلفة المحتوى والحجم، أما عن الأجهزة المتوفرة بهذه الغرف فمنها جهاز الكاسيت، والحاسوب، والعديد من أجهزة التواصل غير اللفظي والتي تتنوع ما بين لوحات الاتصال البسيطة، وأجهزة الاتصال المبرمجة، والتي تهدف لمساعدة الأطفال الذين لا يجيدون النطق من الاتصال والتواصل مع المحيطين بهم، ومن الطرق التي تستخدمها هذه الأجهزة أن تظهر للطفل عدة خيارات لصور ورسومات لأفعال وأمور يود

الطفل أن يخبرها للمحيطين به، وعندما يختار الطفل منها ما يريد تصدر الأجهزة الصوت المعبر عن هذه الخيارات نيابة عن الطفل. ومن هذه الأجهزة *(Go Talk –Board maker- Board maker activity pad – Talking photo album)*

- الفصول:

يتوفر في مركز الأمل للتدخل المبكر ثلاثة فصول، اثنان منهما في الطابق الأول، وقد تم تخصيصهما للأطفال الذين لديهم صعوبات حركية تؤثر على قدرتهم على صعود الدرج، أما الفصل الثالث فهو في الطابق الثاني، تبلغ مساحة الفصل (١) والموجود في الطابق الأول ٢٠م^2 تقريبًا، وارتفاع سقفه ٤ متر تقريبًا، بينما تبلغ مساحة الفصل (٢) والموجود في الطابق الأول ٢٤م^2 تقريبًا، وارتفاع سقفه ٤ م تقريبًا وملحق به دورة مياه تبلغ مساحتها ٩م، وتبلغ مساحة الفصل (٣) والموجود في الطابق الثاني ٢٤ م^2 تقريبًا، وملحق به دورة مياه تبلغ مساحتها ٩م^2 تقريبًا.

وبذلك تتراوح مساحة الفصول الثلاثة ما بين ٢٠م^2 إلى ٢٤م^2، ويلاحظ الدارس أن الفصول الثلاثة مناسبة من حيث الاتساع، فمساحتها تسمح للأطفال بحرية الحركة، وممارسة الأنشطة، وغالبًا ما يتلقى فيها الأطفال الخدمات التربوية بصورة فردية، كما أن الإضاءة مناسبة وكافية، وتهويتها جيدة، وألوانها مناسبة وارتفاع سقفها مناسب، وجزء من أرضيتها مغطى بالسجاد. أما بالنسبة للأثاث فهو من النوع الجيد وهو مناسب لأعمال أعمار الأطفال من(٢-٥) سنوات، ويتميز بالمرونة والألوان الزاهية المريحة، ويتمتع بالأمان والراحة وبشروط السلامة العامة ويتناسب وأحجام الأطفال، كما يلاحظ أنه يوجد بالفصول العديد من الأدوات والمجسمات والألعاب، والتي تم تنظيمها بطريقة تسهل معرفة مكانها والوصول إليها، كما أنها في مستوى رؤية الأطفال، وذلك يوفر للأطفال مثيرات مرئية تجذب انتباههم وتحفزهم للتعلم.

وبصفة عامة يمكن القول أن فصول مركز الأمل للتدخل المبكر تشبه إلى حد كبير فصول رياض الأطفال، وهذا يتفق مع ما أشارت إليه الدراسات من أن البيئة التعليمية بمراكز التدخل المبكر يجب أن تشبه إلى أكبر حد ممكن صف الروضة العادي ولكن بدون إغفال الحاجات الخاصة لهؤلاء الأطفال [١]، ولما كانت البيئة الصفية العادية توفر الفرص للأطفال للاختيار واكتشاف

---

(١)جمال الخطيب، منى الحديدي، التدخل المبكر: مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، مرجع سابق، ص ٣٢٩.

البيئة وحل المشكلات والتعبير عن الذات، فإن الرسالة التي يجب أن تنطوي عليها فصول مراكز التدخل المبكر هي أن الأطفال المعاقين هم أطفال لديهم قابلية للنمو والتعلم.

حيث تشير الدراسات إلى أن الأطفال يتعلمون أفضل في البيئات التعليمية الداعمة والإيجابية. والمعلم الذي يدير البيئة التعليمية بفاعلية يوفر فرصًا أفضل لتعلم الأطفال، فهو يتفهم حاجاتهم الفردية ويعمل على مراعاتها، ولأن نسبة كبيرة من الأطفال المعاقين لديهم إدراكات سلبية لأنفسهم كمتعلمين بسبب خبرات الإخفاق والفشل الطويلة، فثمة حاجة كبيرة إلى أن يبذل المعلمون جهودًا خاصة ومنظمة لجعل البيئة الصفية بيئة إيجابية وداعمة.[1]

- قاعة المحاضرات:

يوجد بالطابق الثاني بمركز الأمل للتدخل المبكر قاعة للمحاضرات تبلغ مساحتها ٤٠م٢، وهي مناسبة من حيث الإضاءة والتأثيث، فهي تشتمل على مقاعد وطاولات مناسبة، كما أن بها سبورة إلكترونية ملحق بها جهاز عرض، كما يوجد بها طاولة كبيرة تحيط بها المقاعد يمكن استخدامها لعدة أغراض.

وقد لاحظ الدارس أن هذه القاعة تستخدم في بعض الأحيان لإرشاد أولياء الأمور، أو لعقد دورات تدريبية للعاملين بالمركز، أو لعرض النشاطات والخدمات التي يقدمه المركز للزائرين.

- الغرف المكتبية:

يوجد بمركز الأمل للتدخل المبكر أربع غرف مكتبية، تقع جميعها في الطابق الثاني، وهي عبارة عن مكتب رئيس المركز، مكتب السكرتارية، مكتب الاختصاصي الاجتماعي، مكتب الاختصاصي النفسي.

أما فيما يتعلق بمكتب رئيس المركز فتبلغ مساحته ٣٢ م٢ تقريبًا، وملحق به دورة مياه تبلغ مساحتها ١٢م٢، ويتوفر بالمكتب مقاعد مريحة، وجهاز حاسوب وخزانات لوثائق وملفات المركز،، ويتصل مكتب رئيس المركز بمكتب السكرتارية من خلال باب يفصل بينهما.

ومكتب السكرتارية تبلغ مساحته ٢٠ م٢ ويقع مقابل مكتب رئيس المركز ويتم الدخول إلى مكتب رئيس المركز من خلاله حيث لا يوجد مدخل مستقل لمكتب رئيس المركز، ويوجد بمكتب السكرتارية خزانتان لحفظ

---

(١) منى الحديدي، جمال الخطيب، استراتيجيات تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة، مرجع سابق، ص٢٨٧.

السجلات والمكاتبات الصادرة من المركز والواردة إليه، وجهاز حاسوب لأغراض الطباعة وأعمال المحاسبة، وماكينة تصوير، وهاتف وفاكس.

أما الغرفة الثالثة فهي لمكتب الاختصاصي الاجتماعي والتي تبلغ مساحته ٢٤ م٢، ويوجد بها خزانة لحفظ سجلات الأطفال الملتحقين بالمركز، والغرفة مناسبة لعمل الاختصاصي الاجتماعي من حيث المساحة والتجهيزات، حيث يتوفر لها مقاعد مريحة لاستقبال أولياء الأمور والزائرين. وتقع بجوارها غرفة الاختصاصي النفسي والتي تبلغ مساحتها ٢٤ م٢، وهي أيضًا مناسبة لعمل الاختصاصي النفسي من حيث المساحة والتجهيزات، حيث يوجد بها مقاعد مريحة، وخزانة لحفظ السجلات، إلا أن الدارس لاحظ أنها لا تحتوي على ملفات لاختبارات نفسية أو سلوكية أو غيرها من الاختبارات التي يتطلبها عمل الاختصاصي النفسي مع الأطفال المعاقين.

مما سبق وبعد أن تناول الدارس مرافق مركز الأمل للتدخل المبكر وتجهيزاتها تجدر الإشارة إلى أنه يلاحظ أن مركز الأمل للتدخل المبكر يفتقر لمجموعة من المرافق الضرورية، وتأتي العيادة الصحية على رأس هذه المرافق، حيث يعتبر غيابها أحد أهم جوانب القصور بتلك المرافق، على اعتبار أنه إذا كان توفر عيادة صحية في مؤسسات رعاية وتعليم الأطفال العاديين أمرًا ملحًا، فإن توفير هذه العيادة بمراكز التدخل المبكر أكثر إلحاحًا في أهميته، بل ويمكن القول أنه شرطًا حتميًا لتحقيق الرعاية الصحية لهؤلاء الأطفال، لكونهم في حاجة إلى خدمات صحية بصفة دائمة [(١)]، حيث تهدف الخدمة الصحية إلى تقديم التسهيلات الصحية المناسبة والمطلوبة لتمكين الأطفال المعاقين من الاستفادة القصوى من خدمات التربية الخاصة المقدمة لهم. كما لاحظ الدارس أن مركز الأمل للتدخل المبكر يفتقر إلى قاعة طعام مناسبة للأطفال المعاقين ومجهزة خصيصًا لهم، حيث أن قاعة الطعام المتوفرة بالمركز مجهزة في الأساس كمطبخ، إلا أنه يستغل كقاعة لتناول الطعام للعاملين بالمركز ولإعداد المشروبات، وهذا يشير إلى قصور في المرافق التي ينبغي توفيرها للأطفال المعاقين، فلقاعة الطعام بمراكز التدخل المبكر أهمية خاصة، حيث لا يقتصر دورها على كونها المكان الذي تقدم فيه

---

(١) يمكن الرجوع إلى:

- *Lori S. Anderson, Mothers of Children with Special Health Care Needs: Documenting the Experience of Their Children's Care in the School Setting , The Journal of School Nursing, October 2009; vol. 25,N. 5: pp. 342-351.*

الأطعمة للطفل بل هي المكان الذي يمكن للطفل من خلاله التدرب على تطوير وتنمية العديد من المهارات الاستقلالية والاجتماعية، خاصة وأن الدارس لاحظ أن المركز يقدم للأطفال الملتحقين بها وجبة طعام، مما يتطلب بالتالي توفير المكان المناسب الذي يتم فيه تناول هذه الوجبة.

كما لوحظ أنه لا يتوفر بمركز الأمل للتدخل المبكر ما يسمى بالمنطقة المعزولة *Isolation Area*، وتعتبر هذه المنطقة أحد المرافق الرئيسة لمراكز التدخل المبكر فالأطفال ذوي الإعاقة يحتاجون إلى مطالب صحية خاصة ، فهم أكثر إصابة بالأمراض، كما أنهم أكثر عرضة للإجهاد من غيرهم، وبالتالي يحتاجون إلى فترات راحة أكبر، مما يتطلب توفر غرفة خاصة أو مساحة معينة بمركز الأمل للتدخل المبكر للأطفال الذين يشعرون بتوعك صحي، أو يكون لديهم مؤشرات لمرض معد والتي من متطلباتها أن تكون جيدة التهوية ونظيفة ومجهزة بأسرة فردية آمنة ومريحة لنوم الأطفال ، بالإضافة إلى توفر بعض الألعاب المناسبة لإعاقات الأطفال وأعمارهم.

كما لاحظ الدارس أن دورات المياه الموجودة بمركز الأمل للتدخل المبكر تم تصميمها في الأساس للكبار غير المعاقين، لذا فهي غير مناسبة للأطفال المعاقين حيث تشير الدراسات إلى "أن مقاييس تثبيت المرحاض تتفاوت داخل دورة المياه حسب حجم الأطفال وأعمارهم، ففي السنة الثانية من العمر يكون الأطفال أكثر راحة عند تثبيت المرحاض على ارتفاع (٢٥سم) عن الأرض، أما بالنسبة للأطفال في عمر خمس سنوات فيفضل أن يكون المرحاض على ارتفاع (٣٣ سم) عن الأرض، لأنه يكون أكثر راحة لهم.[١]كما أشارت الدراسات إلى فعالية التدريب المبكر على استخدام المرحاض بالنسبة للأطفال المعاقين.[٢]

لذا فإن عدم وجود دورة مياه مخصصة للأطفال المعاقين بمراكز التدخل المبكر يعيق تنشئتهم الاجتماعية، وذلك لأن عدم تدريب الأطفال على قضاء حاجتهم يؤثر على نمو استقلاليتهم والعناية بذاتهم، كما أن الطفل المعاق كغيره من الأطفال يحتاج إلى الشعور بالخصوصية عند دخوله إلى دورة

---

(١) جودي هير، العمل مع الأطفال الصغار، ترجمة وتكييف مركز إيمان للتعليم المبكر، عمان: الأهلية للنشر والتوزيع، ٢٠٠٦م، ص ١٣٢.

(2)James K. Luiselli , A Case Study Evaluation of a Transfer-of-Stimulus Control Toilet Training Procedure for a Child with Pervasive Developmental Disorder, Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, Fall 1996; vol. 11, 3: pp. 158-162.

المياه، لذا يجب أن تكون دورة المياه آمنة ومناسبة لاحتياجاته حتى يمكن تأمين هذه الخصوصية.

مما سبق وبالإضافة لما تناولته الدراسة من ملاحظات لواقع مبنى مركز الأمل للتدخل المبكر وتجهيزاته، توصل الدارس إلى أن مركز الأمل للتدخل المبكر لا يملك وثائق أو أدلة إرشادية تحدد المواصفات التي ينبغي أن تتوافر في أبنية مراكز التدخل المبكر، بالإضافة لافتقار الجهات المشرفة على مركز الأمل للتدخل المبكر لتلك الوثائق، مما يصعب معه تصميم نماذج معمارية على أسس علمية تصلح كمراكز للتدخل المبكر، والذي أدى لاجتهادات شخصية نتج عنها تكريس مبدأ إستغلال المتاح من المباني التي يعتقد أنها مناسبة لتحويلها إلى مراكز للتدخل المبكر، لذا فإن الدراسة ترى أنه يجب إعادة النظر في تلك المباني من حيث تصميمها، وأساليب تنفيذ تلك التصميمات ، وتجهيزها حتى يمكن أن تقوم بدورها في تنشئة الأطفال المعاقين بما يتلاءم واحتياجاتهم الخاصة.

٢- البيئة البشرية لمركز الأمل للتدخل المبكر:

إن أهم العوامل الحاسمة في نجاح أي مشروع أو برنامج لرعاية الطفولة المبكرة من أجل التنمية هم الأشخاص المعنيون بتنفيذه، فالعنصر البشري هو الحد الفاصل بين النجاح والإخفاق، لذا فإن من أهم التحديات التي تواجه في تقديم خدمات رعاية الطفولة المبكرة من أجل التنمية هو أن للأطفال الصغار والأسر احتياجات متنوعة للغاية، وتقتضي تلبية هذه الاحتياجات تأهبًا مستمرًا لعملية حل المشكلات وإتباع نهوج مرنة وإبداعية، ولئن كان الوضوح في تصميم البرامج وإرشادات التنفيذ مصدرًا للشعور بالأمان والاطمئنان، فمن المستحيل استباق كل ما قد ينشأ من احتياجات والتخطيط له. لذلك من الأهمية بمكان حشد موظفين ملائمين ثم إنشاء نظام دعم قوي لجميع الأشخاص المعنيين، بدءًا بمدير المشروع والمشرفين وانتهاء بالعاملين في الصفوف الأمامية.(١) وينطبق ذلك على مركز التدخل المبكر باعتباره مؤسسة تهدف في الأساس إلى تنمية الجوانب المختلفة للأطفال المعاقين في سنوات عمرهم الأولى، لذا فإن العناصر البشرية تشكل أهمية بالغة في تحقيق هذا الهدف، وفيما يلي سوف تتناول الدراسة واقع عناصر البيئة البشرية لمركز الأمل للتدخل المبكر والتي تتمثل في:

---

(1)Judith L.Evans& Others, Early childhood counts: A programming Guide on early childhood care for Development, Op.Cit., Pp. 227-228.

▪ الأطفال المعاقون:

تعتبر "لجنة صحة الطفل" التابعة "للرابطة الأمريكية للصحة العامة" الطفل معاقاً إذا كان غير قادر على اللعب، أو التعلم أو العمل أو إنجاز ما يمكن أن ينجزه غيره من الأطفال من رفقاء سنه، وإذا كان غير قادر على تحصيل أكبر عائد ممكن من استخدام مجهوداته العقلية والعضوية والاجتماعية، ومن ثم يتصف الطفل المعاق بوجود عجز ما في قدراته العامة، أو في قدرة من قدراته الخاصة، مما يجعل مستوى أدائه المتعلق بهذه القدرة أقل من مستوى أداء غيره من الأطفال الأسوياء الذين ينتمون إلى نفس المرحلة العمرية التي يمر بها.(١)

فالطفل المعاق بذلك هو الطفل الذي ينحرف انحرافاً ملحوظاً عما يعتبر عادياً، سواء كان ذلك من النواحي العقلية أو الانفعالية أو الاجتماعية أو الجسمية بحيث يستدعي هذا الانحراف الملحوظ نوعاً من الخدمات التربوية تختلف عما يقدم للأطفال العاديين.

ويلتحق بمركز الأمل للتدخل المبكر عدد (٥١) طفلاً معاقًا، يتوزعون حسب الجنس إلى (٢٨) ذكر، و(٢٣) أنثى، أما من حيث أنواع الإعاقات، فالعدد الأكبر منهم يعاني من الإعاقات الذهنية بأنواعها المختلفة حيث يبلغ عددهم (١٧) طفلاً، كما يعاني عدد (٧) أطفال من الإعاقة السمعية، و يعاني عدد (٥) أطفال من الشلل الدماغي، ويعاني عدد (٣) أطفال من الإعاقة البصرية، و يعاني عدد (٤) أطفال من اضطرابات التوحد، ويعاني عدد (٦) أطفال من تأخر في النمو، ويعاني عدد (٤) أطفال من إعاقات حركية، كما أن هناك (٥) أطفال لديهم إعاقات مزدوجة أو متعددة.أما من حيث العمر، فيلاحظ أن هناك عدد (٢) طفل عمر ست سنوات تقريبًا ، وعدد (٢٠) طفل عمر خمس سنوات تقريبًا وعدد (١٣) طفل عمر أربع سنوات تقريبًا،وعدد (٨) أطفال عمر ثلاث سنوات تقريبًا، وعدد (٥) أطفال عمر عامين تقريبًا ، وعدد (٣) أطفال عمر عام واحد تقريبًا .

مما سبق يتضح أن لدى الأطفال المعاقين بمركز التدخل المبكر فروق كبيرة فيما بينهم، سواء من حيث الجنس، أو نوع الإعاقة ومستواها، أو العمر، لذا فمن الخطأ اعتبار أن الأطفال المعاقين ذوي درجة واحدة من

---

(١) عبد الفتاح محمد دويدار،" نظام المكافأة الرمزية ومدى فعاليته في تعديل سلوك المعوقين عقلياً "،مؤتمر مستقبل خدمة المعاق في مصر وخاصة المعاق عقلياً،القاهرة:جمعية كاريتاس مصر، ١٩٩٠،ص ٥٦.

التجانس، فهم قد يشتركون معاً في نوع ما من الإعاقة إلا أنهم يختلفون بعد ذلك في درجة الإعاقة نفسها وفي نموهم العقلي والجسمي والصحي، فعلى سبيل المثال تتنوع المشكلات السمعية فبعض الأطفال قد يعاني من ضعف سمعي (صعوبات سمعية) أو فقدان تام للسمع (صمم). وإذا افترضنا أن طفلين يعانيان من نفس درجة الصعوبة السمعية. فإنه قد يوجد هنالك اختلاف في جنسهما، أو عمرهما أو ظروفهما البيئية والأسرية... إلى غير ذلك، وعليه فإن طبيعة ودرجة العون اللازم لكل منهما مختلفة ومراعاة لمبدأ الفروق الفردية فإن تقرير الخدمات اللازمة لكل طفل معاق بمركز التدخل المبكر يتطلب تقييماً دقيقاً لاحتياجاته.

وبذلك فإن الاهتمام باحتياجات كل طفل على حده يعتبر من أهم محددات التربية الخاصة للأطفال المعاقين. حيث لا ينبغي الاعتقاد بأن أطفال إعاقة واحدة عبارة عن نسخة واحدة أو طبقة واحدة أو صورة واحدة، أو أنهم في مستوى عقلي وجسمي واحد، برغم اشتراكهم في نفس الإعاقة، وإنما لكل طفل ظروفه الخاصة ودوافعه وميوله واهتماماته وسمات شخصيته واتجاهاته، واستعداداته وقدراته وقلما يتوحد تماماً طفلان في كل شيء، حيث لكل طفل سرعته الخاصة في التعلم ومعدلاته الخاصة في النمو الحركي والوظيفي، وهذا يتطلب أن يؤخذ في الحسبان مواطن القوة ومواطن الضعف في كل طفل على حده.

- أولياء الأمور:

لاحظ الدارس أن هناك بعض أولياء الأمور يحضرون مع أطفالهم إلى مركز التدخل المبكر، بينما يرسل البعض الآخر الطفل مع الخادمة أو السائق.كما لاحظ الدارس أن بعض الآباء والأمهات ممن يحضرون إلى مركز الأمل للتدخل المبكر مع أطفالهم يحرصون على حضور جلسات التدخل المبكر والمشاركة فيها ، بينما يكتفي آخرون بالجلوس في بهو الاستقبال وتبادل الحديث مع بعضهم البعض.

ويرى الدارس أن عدم حضور ولي أمر الطفل إلى مركز التدخل المبكر والمشاركة في الجلسات التدريبية يخالف الإقرار الذي تم التوقيع عليه من قبله كشرط لإلحاق الطفل بمركز التدخل المبكر حيث ينص هذا الإقرار في أحد بنوده على "حضور ولي الأمر الجلسات التدريبية مع الطفل أثناء تلقي الخدمات".

ويتفق الدارس مع مركز الأمل للتدخل المبكر في إلزامه لولي أمر الطفل بحضور جلسات التدخل المبكر لأن ذلك يتفق مع ما نصت عليه تشريعات التدخل المبكر في كثير من الدول المتقدمة حيث "تنص التشريعات في الدول المتقدمة على أن الآباء والأمهات يقومون بأدوار محددة في تربية أطفالهم المعاقين وتأهيلهم وتلزمهم وتلزم الكوادر العاملة في الميدان بالمشاركة في عضوية الفريق متعدد التخصصات". [1]، كما أصبحت مشاركة الوالدين في البرامج التربوية والعلاجية المقترحة للأطفال المعاقين أمرًا تتطلبه عملية تنشئتهم، حيث كثيرًا ما يبحث الوالدين عن المعرفة والمعلومات التي تفيد في معالجة ما يواجههما من مشكلات في تنشئة أطفالهم ، لذا تتمثل أهداف مشاركة الوالدين بوجه عام في الإطلاع على المعلومات المتعلقة بطفلهما وحقهما في المشاركة في اتخاذ القرار، وتوظيف المعلومات التي يقدمها الوالدان لتحديد الأهداف الوظيفية للطفل، وقيام الوالدين بإطلاع الأخصائيين على سلوك الطفل في البيت ومشاركة الوالدين في تنفيذ البرامج التي سيتم تطبيقها في البيت، وتطوير شعور الوالدين بالثقة والكفاية وتحسين نوعية التفاعلات بين الوالدين وطفلهما.[2]

كما تشير الدراسات إلى أن هناك العديد من الفوائد المتوقعة من مشاركة الأسرة في التربية الخاصة لطفلها بمراكز التدخل المبكر والتي يمكن تقسيمها إلى:[3]

أ- فوائد تعود على الطفل:

- الثبات في أساليب التنشئة في كل من البيت والمركز.
- زيادة فرص التعلم والنمو.
- إن الطفل يرى والديه في أدوار جديدة، ويرى أن والديه والأخصائيين يعملون من أجله.

ب - فوائد تعود على أسرة الطفل:

- تفهم حاجات الطفل وأهداف المركز.

---

(١)نجدة إبراهيم علي سليمان، "عمل الفريق وتقديم الخدمات العلاجية والتربوية المندمجة للأطفال المعوقين في التدخل المبكر في مرحلة الطفولة المبكرة "، مجلة العلوم التربوية، مجلد (١٠)، عدد خاص عن التربية الخاصة، يناير ٢٠٠٢م، ص٤٥.

(٢) سهير محمد أحمد ، احتياجات الآباء التربوية لتنشئة الطفل المتخلف عقليًا : دراسة ميدانية ، التربية المعاصرة ، السنة ١٣ ، عدد ٤٣ ، ١٩٩٦ م ، ص ص ١٠٧ -١٥٩.

(٣) جمال محمد الخطيب، وآخرون،المشاركة الأسرية في تربية وتأهيل الأطفال المعاقين،مرجع سابق، ص ١٧٨.

- الحصول على معلومات واضحة حول البرنامج الذي ينفذه المركز وما تستطيع الأسرة أن تفعله، ومصادر الدعم المتوفرة في المجتمع لطفلها.
- معرفة الطرق المناسبة لتعميم السلوك المكتسب من المركز إلى البيت.
- إدراك الأسرة لأهمية الدور الذي تقوم به، وتعلم سبل مساعدة المركز على تحقيق أهدافه.
- الاستفادة من خبرة الاختصاصيين وتطبيق المهارات المكتسبة في البيت.
- إن استشارة الأسرة ينجم عنها تعديل في اتجاهاتها نحو المركز ودوره.
- إن مشاركة الأسرة غالبًا ما تنطوي على تقديم مقترحات مفيدة حول سبل التغلب على المشكلات اليومية الناتجة عن تنشئة الطفل.

جـ- فوائد تعود على المركز:

- تفهم أكبر للحاجات الكلية للطفل ولحاجات الآباء ورغباتهم.
- الحصول على تغذية راجعة من الآباء فيما يتصل بتغير سلوك الطفل والتي يمكن توظيفها لتحسين البرامج وتطويرها.
- زيادة الفرص المتاحة لتعزيز سلوك الطفل المرغوب فيه في كل من المركز والبيت.
- الحصول على معلومات تسهل عملية اختيار الأهداف السلوكية المهمة للطفل خارج نطاق المركز.
- غالبًا ما تدفع مشاركة الآباء والأخصائيين إلى محاولة تحقيق الأهداف بطريقة فعالة.
- إن مشاركة الآباء تسهل على الأخصائيين القيام بالمهام الموكلة إليهم.
- إن الآباء يزودون المؤسسات من خلال قدراتهم وميولهم الخاصة بموارد ومصادر تفيد البرامج المقدمة.

وبناءً على ما سبق فإن الدراسة ترى أنه لكي تتحقق الفوائد السابقة فإن على مراكز التدخل المبكر أن تعمل على تسهيل عملية تكيف الوالدين، وذلك يتطلب فهم مخاوفهما ومشاعرهما، والتعبير عن احترام آرائهما، كذلك يجب الترحيب بالوالدين والتعبير عن الاهتمام الحقيقي بهما، كما ينبغي عقد لقاءات

لأسر الأطفال المعاقين وتشجيع الوالدين على حضورها ، والمشاركة في الأنشطة والفعاليات التدريبية والترويحية التي ينفذها المركز. وفي كل الأحوال، يجب مراعاة الفروق الفردية بين أولياء الأمور، ويتحقق ذلك بتوفير بدائل متنوعة لهم.

- رئيس المركز:

إن النجاح في أي عمل من الأعمال يعتمد على الطريقة التي يدار بها ذلك العمل، "فالإدارة هي مجموعة من المبادئ والمفاهيم والأساليب وطرق العمل، واتخاذ القرارات التي يستعين بها الإداريون في تحليل مشكلات المؤسسات التي يعملون بها، واختيار أفضل الحلول وصولاً إلى نتائج محددة ومرغوبة، وأن النجاح في أي عمل من الأعمال يعتمد على الطريقة التي تدار بها تلك الأعمال"(١)، وعليه فإن نجاح عملية التربية الخاصة للأطفال المعاقين بمراكز التدخل المبكر في تحقيق أهدافها منوطة إلى حد كبير بإدارة هذه المراكز، فالإدارة تمثل العمود الفقري لنجاحها في أداء رسالتها وتحقيق الأهداف التربوية المنشودة ؛ لذا تمثل وظيفة رئيس مركز التدخل المبكر أهمية كبيرة في الوصول إلى الأهداف التي يسعى المركز إلى تحقيقها.

وبالنظر إلى واقع وظيفة رئيس مركز الأمل للتدخل المبكر، يلاحظ أنه يتولى هذه الوظيفة السيدة (مهرة*)، وهي لديها سجل أداء جيد وخبرة مناسبة في مجال التربية الخاصة، فهي حاصلة على بكالوريوس علم نفس، ولديها الآن (٢٠) عامًا خبرة في مجال التربية الخاصة، حيث عملت أخصائية نفسية بمركز العين للتأهيل بداية من عام ١٩٩١م، ثم رئيس قسم التنمية الفكرية بنفس المركز، ثم رئيس شعبة الرعاية النفسية والاجتماعية بنفس المركز، ثم رئيس مركز الأمل للتدخل المبكر منذ افتتاحه عام ٢٠٠٧م.

كما لاحظ الدارس أنها تتمتع بشخصية مرنة وديمقراطية، حيث أنها تُظهر احترامًا للعاملين بالمركز على مختلف تخصصاتهم، وتقدر جهودهم، كما أنها تناقش المشكلات مع العاملين بهدوء، وتعطيهم فرصة للتعبير عن آرائهم، كما لوحظ أنها تظهر الثقة والتفويض للعاملين بالمركز، ويتمثل دورها غالبًا في المتابعة والإشراف.

---

(١) سهير عبد اللطيف أبو العلا،"عملية صنع واتخاذ القرار التربوي في الإدارة المدرسية: دراسة ميدانية "، المجلة العلمية، كلية التربية بأسيوط، الجزء (٢)، مجلد (١٩)، عدد (١)، ٢٠٠٣م، ص ٥٣٧.

(*) الأسماء الواردة في الدراسة تختلف عن الأسماء التي في الواقع للمحافظة على سرية وخصوصية المعلومات المرتبطة بها.

- أخصائي العلاج الطبيعي:

يعرف العلاج الطبيعي على أنه مهنة طبية مساعدة، تسعى إلى الارتقاء بصحة الإنسان إلى أقصى درجة ممكنة، من خلال تقديم الخدمات العلاجية من قبل معالج طبيعي مؤهل وتشمل فحص وتقييم الحالات أو الأفراد الذين يعانون من خلل أو محدودية في الوظائف الجسمية أو العجز أو أي حالات أخرى، متعلقة بالظروف الصحية للفرد، بهدف تحديد المشاكل التي يعاني منها، وكيفية تطور الحالة، وسبل التدخل العلاجي الملائم من وجهة نظر العلاج الطبيعي، وبالتالي التقليل من الخلل أو محدودية الوظائف الجسمية من خلال تصميم البرامج العلاجية الملائمة للحالة، باستخدام الوسائل العلاجية الطبيعية التي تقوم أساسًا على الحركة والمعالجة اليدوية، والوسائل الفيزيائية.[(١)]

كما يعرف أخصائي العلاج الطبيعي بأنه "المعالج الذي يختص بتدريب وتمرين الأعضاء غير القادرة، أو التي بها الإعاقة بحيث يصل بها إلى أقصى حد ممكن من العمل، ويحاول استخدام العوامل الطبيعية مثل: الحرارة، الضوء، المياه، الكهرباء، التدليك، التدريبات الرياضية".[(٢)]

وبدراسة واقع وظيفة أخصائي العلاج الطبيعي بمركز الأمل للتدخل المبكر توصل الدارس إلى أن هناك عدد (٢) أخصائي علاج طبيعي هما: السيد (وليد) والسيدة (غادة)، وقد توصل الدارس إلى أن أخصائي العلاج الطبيعي (وليد) حاصل على بكالوريوس علاج طبيعي، وحاصل على إجازة لمزاولة المهنة من وزارة الصحة ، ولديه الآن (٦) سنوات خبرة، حيث عمل بإحدى المستشفيات الخاصة لمدة عامين ابتداء من عام ٢٠٠٥م، ثم انتقل للعمل بمركز الأمل للتدخل المبكر منذ افتتاحه في عام ٢٠٠٧م، أما أخصائية العلاج الطبيعي (غادة) فقد توصل الدارس إلى أنها حاصلة على بكالوريوس علاج طبيعي، وحاصلة أيضًا على إجازة لمزاولة المهنة من وزارة الصحة ، ولديها الآن عامان خبرة، حيث التحقت بالعمل في مركز الأمل للتدخل المبكر بعد تخرجها مباشرة عام ٢٠٠٩م.

---

(١) خولة أحمد يحيى، البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة، مرجع سابق، ص ص ٢٥ -٢٦.

(٢)بوشيل ، وآخرون ، الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة : الكتاب المرجعي لآباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، ترجمة كريمان بدير ، القاهرة : عالم الكتب ، ٢٠٠٤م ، ص ٨٧.

▪ أخصائي العلاج الوظيفي:

أخصائي العلاج الوظيفي هو "الأخصائي الذي يركز أساسًا على تطوير المهارات الحركية الدقيقة للأطفال، وتدريبهم في مجالات العناية بالذات والحركة واستخدام الأدوات المساندة أو التصحيحية أو التعويضية".(١)

وبدراسة واقع وظيفة أخصائي العلاج الوظيفي بمركز الأمل للتدخل المبكر توصل الدارس إلى أنه يعمل بالمركز عدد (٢) أخصائي علاج وظيفي هما: السيد (حمزة)، والسيدة (آية)، وقد توصل الدارس إلى أن أخصائي العلاج الوظيفي (حمزة) حاصل على بكالوريوس علاج وظيفي، ولديه الآن عامان خبرة ، حيث التحق بالعمل في مركز الأمل للتدخل المبكر في عام ٢٠٠٩م، أما أخصائية العلاج الوظيفي (آية) فهي حاصلة على بكالوريوس علاج طبيعي، ولديها الآن عامان خبرة، حيث التحقت بالعمل في مركز الأمل للتدخل المبكر في عام ٢٠٠٩م، وعندما سأل الدارس السيد (حمزة) أخصائي العلاج الوظيفي عن السبب وراء عمل السيدة (آية) كأخصائية للعلاج الوظيفي على الرغم من أنها حاصلة على بكالوريوس علاج طبيعي. أجاب "بأن تخصص العلاج الوظيفي تخصص حديث وتعد دفعتي من الدفعات الأولى في هذا التخصص، كما أن هذا التخصص يوجد في جامعات محدودة على مستوى الدول العربية، لذلك لا يتوفر الكثير من أخصائيي العلاج الوظيفي الحاصلين على مؤهل جامعي في هذا التخصص، مما يضطر مراكز رعاية المعاقين بالسماح لحاملي بكالوريوس العلاج الطبيعي بالعمل كأخصائيين للعلاج الوظيفي، باعتباره أقرب التخصصات لتخصص العلاج الوظيفي".

▪ أخصائي علاج النطق واللغة:

يركز علاج النطق واللغة على مهارات التواصل التي تشمل تقييم متطلبات عملية التواصل في جميع المواقف التعليمية، والتفاعل الاجتماعي، والمهارات اللغوية الاستقبالية والتعبيرية، والنطق، والطلاقة، ونوعية الصوت، والعوامل العصبية الحركية المرتبطة بأعضاء جهاز النطق، والتنفس وإصدار الصوت واستخدام وسائل تعزيز الكلام والتواصل.(٢)

---

(١)نجدة إبراهيم علي سليمان، عمل الفريق وتقديم الخدمات العلاجية والتربوية المندمجة للأطفال المعوقين في التدخل المبكر في مرحلة الطفولة المبكرة، مرجع سابق، ص ٤٥.

(٢) عبد العزيز السيد الشخص، وآخرون، الدمج الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة وتطبيقاته التربوية العين: دار الكتاب الجامعي، ٢٠٠٠ م، ص ١٥.

وبدراسة واقع وظيفة أخصائي علاج النطق واللغة بمركز الأمل للتدخل المبكر توصل الدارس إلى أنه يعمل بالمركز عدد (٣) أخصائي علاج نطق ولغة هما: السيد (حسام)، والسيدة (موزة)، والسيدة (شيخة)، وقد توصل الدارس إلى أن أخصائي علاج النطق واللغة (حسام) حاصل على ماجستير تقويم نطق ولغة ولديه الآن (٤) سنوات خبرة، حيث كان يعمل في مركز خاص لعلاج النطق لمدة عامين، ثم التحق بالعمل في مركز الأمل للتدخل المبكر عام ٢٠٠٩م. أما أخصائية علاج النطق واللغة (موزة) فهي حاصلة على بكالوريوس لغويات عامة، ولديها الآن (٣) سنوات خبرة،حيث التحقت بالعمل بالمركز عام ٢٠٠٨ م. أما أخصائية علاج النطق واللغة (شيخة) فهي حاصلة على بكالوريوس لغويات عامة، ولديها الآن (٣) سنوات خبرة،حيث التحقت بالعمل بالمركز عام ٢٠٠٨ م.

- الأخصائي النفسي:

بالنظر إلى وظيفة الأخصائي النفسي بمراكز التدخل المبكر يمكن القول أن الأخصائي النفسي يمثل حجر أساس الزاوية في عملية تقييم الأطفال المعاقين من الناحية العقلية والنفسية، وذلك باستخدام مجموعة من المقاييس والاختبارات المناسبة للأطفال المعاقين صغار السن، كما يمكن للأخصائي النفسي أن يقوم بالإرشاد النفسي للأطفال المعاقين وأسرهم بهدف مساعدتهم على اكتساب وتنمية المهارات اللازمة لمواجهة متطلبات الحياة، وذلك من خلال استخدام أساليب منهجية علمية منظمة تساعدهم على حل المشكلات التي تواجههم، وفي فهم ذواتهم وتنظيم قدراتهم، لتحقيق أفضل تكيف مع البيئة المحيطة والحياة الاجتماعية.

وبدراسة واقع وظيفة الأخصائي النفسي بمركز الأمل للتدخل المبكر توصل الدارس إلى أنه يعمل بالمركز عدد (٢) أخصائي نفسي هما: السيدة (شمة) والسيدة (عفرة)، وقد توصل الدارس إلى أن الأخصائية النفسية (شمة) حاصلة على بكالوريوس علم نفس، ولديها الآن (١٤) سنة خبرة، حيث عملت أخصائية نفسية بمركز العين لرعاية وتأهيل المعاقين منذ عام ١٩٩٧م، ثم انتقلت للعمل بمركز الأمل للتدخل المبكر عام ٢٠٠٧م. أما الأخصائية النفسية (عفرة) فهي حاصلة على بكالوريوس علم نفس، ولديها الآن (٨) سنوات خبرة، حيث عملت أخصائية نفسية بمركز العين لرعاية وتأهيل المعاقين منذ عام ٢٠٠٣، ثم انتقلت للعمل بمركز الأمل للتدخل المبكر منذ إنشائه عام ٢٠٠٧.

- الأخصائي الاجتماعي:

للأخصائي الاجتماعي بمراكز التدخل المبكر أهمية بالغة فهو يمتلك العديد من الأساليب لمساعدة الآخرين، فهو يقوم بدور كبير خاصة مع الأسرة التي لا تقبل وجود طفل معاق لديها، فهو يتواجد لمساعدة الأسرة والطفل على التوافق الاجتماعي ومساندتهم الاجتماعية والنفسية، وربما يساعد الأسر بأسر أخرى لديها المشكلة نفسها، ولكنها استطاعت التغلب عليها والتكيف معها. كما يقع على الأخصائي الاجتماعي جزء كبير من المسئولية في مساعدة الطفل المعاق وأسرته في الحصول على الخدمات الاجتماعية من جهة، وفي المشاركة في تصميم وتنفيذ البرنامج التربوي الفردي للطفل المعاق من جهة أخرى.

وبدراسة واقع وظيفة الأخصائي الاجتماعي بمركز الأمل للتدخل المبكر توصل الدارس إلى أنه يعمل بالمركز أخصائية اجتماعية واحدة هي: السيدة (حصة)، وهي حاصلة على بكالوريوس خدمة اجتماعية، ولديها الآن (٦) سنوات خبرة، حيث عملت أخصائية اجتماعية بمركز العين لرعاية وتأهيل المعاقين منذ عام ٢٠٠٥م، ثم انتقلت للعمل بمركز الأمل للتدخل المبكر منذ إنشائه في عام ٢٠٠٧م.

- معلم التدخل المبكر:

لمعلم التدخل المبكر دورًا أساسيًّا وبارزًا في التربية الخاصة للأطفال المعاقين بمراكز التدخل المبكر، وذلك لأنه هو الذي يقوم بتعليمهم وتدريبهم على المهارات المختلفة والتعرف على مشكلاتهم وبالتالي وضع الاستراتيجيات العلاجية المناسبة، وتطوير مواد تعليمية وبرامج خاصة بهم، كما أنه يتحمل مسؤولية تنظيم وإدارة البيئة التعليمية على النحو الذي يتيح الفرص المناسبة للأطفال للتعلم والتطور، ففي فصول التدخل المبكر يشتمل تنظيم البيئة التعليمية على توفير وإدارة المواد والأدوات والوقت، وتعديل السلوك، وتطوير التفاعلات الاجتماعية المقبولة والهدف الرئيسي المنشود من ذلك هو تهيئة بيئة صفية إيجابية، وداعمة، وآمنة للأطفال.

وبدراسة واقع وظيفة معلم التدخل المبكر بمركز الأمل للتدخل المبكر توصل الدارس إلى أنه يعمل بالمركز عدد (٣) معلمات للتدخل المبكر هن: السيدة (ميرة) والسيدة (صالحة)،والسيدة (فاطمة) وقد توصل الدارس إلى أن معلمة التدخل المبكر (ميرة) حاصلة على بكالوريوس طفولة مبكرة

ولديها الآن (٤) سنوات خبرة، حيث أنها تعمل بمركز الأمل للتدخل المبكر منذ إنشائها في عام ٢٠٠٧م. أما معلمة التدخل المبكر (صالحة) فهي حاصلة على بكالوريوس تربية خاصة، ولديها الآن (٤) سنوات خبرة، حيث عملت بمركز الأمل للتدخل المبكر منذ عام ٢٠٠٧م وكذلك معلمة التدخل المبكر (فاطمة) فهي حاصلة على بكالوريوس تربية خاصة ولديها الآن (٤) سنوات خبرة، وعملت كذلك بمركز الأمل للتدخل المبكر منذ عام ٢٠٠٧م.

- السكرتير:

يعمل بمركز الأمل للتدخل المبكر سكرتيرة واحدة هي السيدة (مريم)، وهي حاصلة على الثانوية العامة، ولديها الآن (٨) سنوات خبرة، حيث كانت تعمل سكرتارية بمدرسة خاصة منذ عام ٢٠٠٣ م، ثم انتقلت للعمل بمركز التدخل المبكر منذ افتتاحه في عام ٢٠٠٧م ، وقد لاحظ الدارس أن للسكرتيرة العديد من المهام التي تقوم بها حيث تنظم جدول عمل رئيس المركز اليومي وتنسق مواعيد اللقاءات والاجتماعات ، وتقوم بطباعة المراسلات ، واستقبال البريد الوارد وعرضه على رئيس المركز ، ودعوة المختصين والموظفين المعنيين للاجتماعات مع رئيس المركز والتنسيق الإداري فيما يخص الاستعدادات لهذه الاجتماعات، بالإضافة إلى التنسيق مع الجهات المالية والإدارية من أجل تلبية احتياجات المركز من مستلزمات مكتبية وأية مستلزمات أخرى.

- المتطوعون: *Volunteers*

يشكل العمل التطوعي لذوي الإعاقة إحدى أولويات الدول والمنظمات المعاصرة ، والذي ينبثق من مشروعية حق المعاقين في فرص متكافئة مع غيرهم في مجالات الحياة ، والتطوع يتضمن جهودًا إنسانية ، تبذل من أفراد المجتمع بصورة فردية أو جماعية ، ويقوم بصفة أساسية على الرغبة والدافع الذاتي سواء كان هذا الدافع شعوريًا أو لا شعوريًا ، ويعرف التطوع بوجه عام على أنه الجهود التي يبذلها الأفراد أو المجتمعات والتي تعكس المبادرة الشخصية النابعة من المسئولية الدينية أو الاجتماعية أو الأخلاقية لمساعدة ودعم الآخرين دون مقابل مادي .[١]

(١) سميرة أبو زيد عبده نجدي ،" العمل التطوعي المقدم من طلاب الجامعة لزملائهم ذوي الحاجات الخاصة بين الواقع والمأمول " ، المؤتمر السنوي الحادي عشر ، الشباب من أجل مستقبل أفضل : الإرشاد النفسي وتحديات التنمية ، مجلد ٣ ، مركز الإرشاد النفسي جامعة عين شمس ، ٢٥-٢٧ ديسمبر ٢٠٠٤م ، ص ص ١٣٩٧ – ١٤٠٨ .

وقد لاحظ الدارس أنه يعمل بمركز الأمل للتدخل المبكر عدد (٣) متطوعات وهن يعملن كمساعدات لمعلمات التدخل المبكر، وجميعهن حاصلات على بكالوريوس التربية الخاصة عام ٢٠١٠م، وقد توصل الدارس إلى أنهن يهدفن من وراء العمل كمتطوعات إلى الحصول على الخبرة التي تؤهلهن للعمل كمعلمات تربية خاصة بوزارة التربية والتعليم أو بمراكز التدخل المبكر أو مراكز التربية الخاصة.

كما توصل الدارس إلى أن المتطوعات بالمركز لا يعرفن بالتفصيل المهام الموكلة لهن حيث ليس هناك توصيف للواجبات والمسؤوليات التي يجب توفرها في المتطوعين بمركز الأمل للتدخل المبكر، إلا أن الدراسة الحالية ترى أنه لكي يتم الاستفادة من المتطوعين بأكبر قدر من الفاعلية، فلابد من وجود توجه حسن التخطيط، وتدريب يتضمن وصفًا واضحًا لفلسفة التدخل المبكر، والأنشطة المناسبة للأطفال، ولابد أن يشعر المتطوعون دائمًا أن العمل الذي يقومون به يكون ذو نفع حقيقي للأطفال، وأن المهام التي يقومون بها تضيف قيمة لبرامج التدخل المبكر مما يشعرهم بأهمية وجودهم لإضافة هذه الخبرة ونقلها للأطفال.

- حارس الأمن:

توصل الدارس إلى أن مركز الأمل للتدخل المبكر متعاقد مع شركة أمن خاصة لتوفير عدد (٢) حارس أمن، للقيام بواجبات ومسئوليات الحفاظ على أمن المركز، وقد لاحظ الدارس أنه يتم تغيير حارسي الأمن بصفة دورية، كما توصل الدارس إلى أن هناك العديد من الواجبات والمسؤوليات التي تقع على عاتق حارس الأمن والتي تتضمن:تشغيل إضاءة مرافق المركز، والتأكد من إطفاء الإضاءة بعد انتهاء الدوام الرسمي ، وتنظيم عملية دخول الزوار، وتفقد مرافق المركز بشكل دوري خلال فترة الحراسة، واتخاذ الإجراءات اللازمة في حالة الريبة أو الشك وإعلام الجهات المختصة بناء على ذلك ، والاحتفاظ بنسخ من مفاتيح المركز.

- الفراش:

يعمل بمركز الأمل للتدخل المبكر فراش واحد، وهي سيدة من جنسية آسيوية، تجيد اللغة العربية، تتميز بنشاطها، ورغبتها في مساعدة الآخرين، وقد لاحظ الدارس إلى أنها تقوم بمجموعة من المهام تتضمن: توفير المشروبات المطلوبة لجميع موظفي وزوار المركز طول فترة الدوام

وتـوفير خـدمات الضـيافة خـلال فعاليـات التـدريب وعنـد انعقـاد الاجتماعات ، والحفاظ على نظافة المطبخ وأدواته باستمرار.

- مشرف النظافة:

يعمل بمركز الأمل للتدخل المبكر عدد (٣) عاملات نظافة، يشرف عليهن مشرفة واحدة للنظافة، وجميعهن من جنسيات آسيوية، لا يجدن التحدث باللغة العربية، عدا المشرفة عليهن، فهي تتواصل مع الآخرين باللغة العربية والإنجليزية .

مما سبق وبعد تناول الدارس للبيئة البشرية لمركز الأمل للتدخل المبكر يتضح أن هناك بعض التخصصات التي تتطلبها مراكز التدخل المبكر، والتي لاحظ الدارس أنها غير متوفرة بمركز الأمل للتدخل المبكر والتي تتمثل فيما يلي:

- منسق الخدمات:

يعتبر منسق الخدمات أحد أعضاء فريق العمل بمراكز التدخل المبكر، حيث أن سلسلة الإجراءات المتبعة مع الطفل المعاق بمراكز التدخل المبكر قد تسبب الحيرة والإنهاك للوالدين، لذا فإن تنسيق الخدمات المقدمة للطفل المعاق يساعد على تقليل بعض من الضغط المسبب للارتباك، حيث يوجد في مراكز التدخل المبكر منسق متخصص يمكن الاتصال به عندما يبرز سؤال، أو يحدد موعدًا، أو ربما يناقش المشكلات الطارئة، واهتمامات المنسق تجعله مسئولاً عن تأكيد كل المواعيد الضرورية المدرجة في الاحتياجات الموصى بها، وتعتبر المتابعة الجيدة للعناية الخدمية من مهمات التنسيق، ونظراً لأهمية عمل منسق الخدمات في فريق التدخل المبكر تم ضمه كخدمة إجبارية وكشرط لحصول برامج التدخل المبكر على الدعم الفيدرالي بالولايات المتحدة الأمريكية.[١]

- أخصائي السمع:

لقد أصبح وجود أخصائي السمع ضمن الفريق متعدد التخصصات بمراكز التدخل المبكر أمرًا ضروريًّا من أجل تشخيص الذين يعانون من ضعف في السمع وذلك لتقديم الخدمات التربوية الخاصة لهم، ومن الخدمات الطبية التقليدية التي يقوم بتقديمها أخصائيو السمع: تقويم مستوى السمع، والتوصية بالأجهزة، وتقديم النصح حول المحافظة على السمع، بالإضافة إلى

(١)بوشيل ، وآخرون ، الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة : الكتاب المرجعي لآباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، مرجع سابق، ص ٧٩.

مشاركتهم في تعليم مهارات اللفظ والقراءة والاستماع، وفحص ومراقبة كل أنواع وسائل مكبرات الصوت، كما أنهم يمكن أن يساعدوا المعلمين في معرفة وحل القضايا النفسية للطفل ضعيف السمع أو الأصم، وجدير بالإشارة أن أخصائيو السمع طوروا اختصاصًا فرعيًا يسمى علم السمع التعليمي.(١)

- طبيب الأطفال النمائي:

طبيب الأطفال النمائي هو طبيب متخصص في العمل مع الأطفال المعاقين إضافة إلى تخصصه العام في طب الأطفال، ويعمل هذا الطبيب كجزء من فريق متعدد التخصصات بمراكز التدخل المبكر، ويستطيع أن يشخص الأطفال ذوي الإعاقة ويقوم حالتهم، إضافة إلى ذلك فهو على معرفة بأنواع العلاج التي يمكن أن تفيد الأطفال المعاقين، ويعتبر طبيب الأطفال النمائي هو مصدر العون الأساسي للطفل والأسرة في التعامل مع المشاكل الطبية للأطفال المعاقين.

- أخصائي التغذية:

هو الأخصائي الذي يهتم بنوع وكيفية التغذية لدى الأطفال المعاقين ويساهم مع فريق المتخصصين، أو فريق العمل في الاتصال للمساعدة في حل مشكلة الطفل وللمساعدة في النمو الصحي السليم، وحل مشكلات الاضطرابات الغذائية التي يمكن أن تحدث للأطفال المعاقين.(٢)

- معلم لغة الإشارة:

هو الذي يقوم بتعليم لغة الإشارة *Sign Language* للأطفال المعاقين سمعيًا، ولغة الإشارة عبارة عن نظام لغوي يعتمد على استخدام رموز يدوية لإيصال المعلومات للآخرين، وللتعبير عن المفاهيم، والأفكار، وتعتمد لغة الإشارة على التواصل البصري، بالإضافة إلى أنها تشتمل على اللغة الملفوظة أثناء استخدامها.

مما سبق يتضح أن هناك العديد من التخصصات المهنية التي يجب توفرها بمراكز التدخل المبكر، وذلك يدل على أن الأطفال المعاقين لديهم العديد من الاحتياجات التي تتطلب جهود أخصائيين من تخصصات مهنية متنوعة، وأنه في ظل تنوع الخدمات اللازمة للأطفال المعاقين، ونظرًا للطبيعة التخصصية لتلك الخدمات وتنوعها

---

(١)أسامة محمد البطاينة، وآخرون، علم نفس الطفل غير العادي ، مرجع سابق، ص ٣٤٩.

(٢)بوشيل ، وآخرون ، الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة : الكتاب المرجعي لآباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، مرجع سابق، ص ٨٥.

فإنه لم يعد من الممكن لمتخصص واحد توفير تلك الخدمات على نحو ملائم، ومن هنا تبرز الحاجة إلى فريق عمل متعدد التخصصات كإستراتيجية للعمل بمراكز التدخل المبكر، لتحقيق أهداف رعاية الأطفال المعاقين وتنشئتهم التربية الخاصة السليمة.

حيث أن الفريق هو مجموعة من الأفراد يشتركون في أداء عمل موحد ويتحمل كل فرد منهم مسؤوليات ومهام جزئية معينة في هذا العمل، ويتميز أفراد الفريق بالتعاطف والانتماء اللذان يساعدانهم على سهولة الأداء والرضا عن العمل وفريق العمل يعني وجود نوع من التفاعل والتداخل بين الأعضاء يتوقف على طبيعة المهمة الموكلة إليهم لأدائها، وكذلك مقدرة كل فرد من أفراد الفريق على إنجازها ولا تستطيع أي مجموعة من الأفراد أن تعمل كفريق إلا بعد أن يحدث التعاون وتحديد الأدوار لكل عضو فيها داخل نطاق العمل المشترك وفي اتجاه تحقيق الهدف وأن يكون كل عضو من أعضاء الفريق مؤهلاً للقيام بالعمل الذي يتحمل مسؤوليته بجانب توافر الرغبة للمشاركة والتعاون مع بقية الأعضاء، وامتلاك مهارات العمل الجماعي لإنجاز المهام بكفاءة عالية.(١)

لذا أصبح العمل الفريقي ضرورة من ضرورات نجاح وتقدم مراكز التدخل المبكر، كما أن تحقيق أهداف هذه المراكز يحتاج إلى التعاون بين مختلف ذوي التخصصات المهنية المتعددة العاملين بها، وإلى قدرتهم على العمل الجماعي معًا فإعاقة الطفل مشكلة متعددة في أبعادها ومتداخلة في جوانبها، حيث يتشابك فيها الجانب الطبي والاجتماعي والنفسي والتعليمي و التأهيلي والإعلامي، وذلك بصورة يصعب الفصل بينها، فالكشف عن الإعاقة تدخل في نطاق مهمة عدة تخصصات، كما أن عمليات التصنيف والتقييم والتشخيص للإعاقة ودراسة الخصائص وسبل الرعاية، وإعداد البرامج وتوفير الوسائل اللازمة لها وطرق تنفيذها، مرتبطة بالعديد من العوامل والمتغيرات المتشابكة وتحتاج إلى تكاتف الجهود وتكثيف العمل من أجل مواجهة هذه المشكلة والتغلب عليها.

---

(١)أحمد حسين الصغير، مجتمعات التعلم – نموذج لتحسين الممارسات المهنية في المدارس ، مرجع سابق، ص ١١١.

٣- الإجراءات المتبعة بمركز الأمل للتدخل المبكر:

فيما يلي سوف يتناول الدارس واقع الإجراءات المتبعة بمركز الأمل للتدخل المبكر:

- الكشف المبكر **:** *Early Identification*

يعتبر الكشف أو التعرف على الأطفال المعرضين للإعاقة، الإجراء الأول لعملية التدخل المبكر، حيث يرتبط الكشف المبكر عن الإعاقة ارتباطًا وثيقًا بالوقاية منها، فالكشف المبكر يسعى إلى فرز الأطفال المعاقين، ويستهدف الوصول إلى الأطفال المعرضين لخطر الإعاقة على اعتبار أن التدخل المبكر الموجه نحوهم قد يحول دون تفاقم مشكلاتهم، وبالتالي الوقاية من مضاعفات الإعاقة لديهم.

وبدراسة واقع هذا الإجراء بمركز الأمل للتدخل المبكر توصل الدارس إلى أن المركز يكتفي بإرسال خطاب – في بداية كل عام دراسي – لرياض الأطفال الحكومية والخاصة تطلب منها فيه ضرورة مراجعة المركز عند اكتشاف أي مظهر من مظاهر الإعاقات لدى أيٍّ من الأطفال الملتحقين بها.

كما لاحظ الدارس أنه يتوفر بمركز الأمل للتدخل المبكر منشورات توضح للمترددين على المركز بعض النصائح المتعلقة بوصف المؤشرات المبكرة التي قد تعني احتمال تعرض الطفل لخطر الإعاقة، بالإضافة لتوضيح الخدمات التي يمكن أن يقدمها المركز لهؤلاء الأطفال.

إلا أن الدارس لاحظ أن مركز الأمل للتدخل المبكر لا يقوم بإجراءات الكشف المبكر، والتعرف على الأطفال المعرضين للإعاقة من خلال فريق تابع له وعند السؤال عن سبب ذلك، كانت الإجابة: "بأنه لا يتوفر لمركز التدخل المبكر الكوادر المتخصصة للقيام بذلك المسح للأطفال على مستوى المدينة ، فالكشف عن الإعاقة عملية شاقة ومعقدة، وتحتاج إلى جهد وتعاون العديد من المؤسسات، وليس من مهام المركز القيام بتلك العملية، فهناك جهات أخرى تتبع الهيئات الصحية يمكنها القيام بذلك".

كما لاحظ الدارس أنه لا يوجد تنسيق بين مركز التدخل المبكر وبين أقسام الولادة بالمستشفيات، ومراكز تسجيل المواليد، وعيادات الأطفال بالمستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية للكشف المبكر عن الإعاقات، وعند السؤال عن سبب ذلك، ألمحت رئيس المركز إلى:

"أن المركز إذا قام بذلك التنسيق فإنه سوف يقابل ذلك التزام منه بقبول جميع الحالات التي سوف يتم الكشف عنها، والمركز ليس لديه القدرة على

استيعاب جميع هذه الحالات، فالطاقة الاستيعابية للمركز محدودة، كما أن الكوادر المتخصصة العاملة بالمركز لا تستطيع تقديم الخدمات لعدد أكبر من الأطفال الملتحقين بالمركز حاليًا".

مما سبق يتضح أن هناك صعوبات تواجه مركز التدخل المبكر للقيام ببرامج كشفية عن الإعاقة على نطاق واسع، لذا فإن الدراسة الحالية ترى أنه يمكن لوحدات ومراكز الرعاية الصحية الأولية وغيرها من هياكل الخدمات الصحية والمجتمعية أن تقوم بدور فعال في هذا الخصوص حيث لا يجب أن يقتصر دورها على توفير التطعيم والخدمات الصحية المختلفة، بل يجب أن تتعدى ذلك الدور إلى الكشف والتعرف على الأطفال المعرضين للإعاقة.

كما أنه بإمكان الآباء أن يقوموا بدور فاعل في الكشف المبكر عن الإعاقة وذلك من خلال تدريبهم وإطلاعهم على كيفية التعرف على الخصائص النمائية للأطفال في المجالات المختلفة الحركية والاجتماعية واللغوية والعقلية والانفعالية فمعرفة ما هو متوقع من مهارات في مرحلة عمرية ما يساعد في تحديد ما إذا كان نمو الطفل مطمئنًا أم لا، وبالتالي إذا كانت هناك حاجة إلى إحالته لمراكز التدخل المبكر لإجراء التشخيص وتطبيق الاختبارات لمعرفة إن كان معرضًا لخطر الإعاقة أم لا، ولكي يكتسب الآباء تلك المعرفة فإن هناك حاجة إلى حملات توعية مستمرة ومكثفة تشارك فيها العديد من مؤسسات المجتمع لتثقيف وإرشاد الآباء، مما يؤهلهم للقيام بأنفسهم بالكشف الدوري المبدئي على أطفالهم.

- الإحالة:*Referral*

إن الإجراء الثاني من إجراءات التدخل المبكرة المتبعة هو إجراء الإحالة وهو الإجراء الذي يُتخذ بعد عملية الكشف المبكر عن الإعاقة، حيث يُطلب من الأسرة أن تتجه إلى المكان الصحيح لتشخيص وتقييم حالة طفلها، وبذلك فإن عملية الإحالة تمثل الفترة الزمنية ما بين الكشف المبكر والتقييم الشامل.

وبدراسة واقع عملية الإحالة لمركز الأمل للتدخل المبكر، قام الدارس بسؤال العديد من أولياء أمور الأطفال الملتحقين بالمركز عن الطريقة التي تمت بها إحالتهم لتقييم وتشخيص حالة أطفالهم بالمركز، وقد جاءت الإجابات متباينة تعكس العديد من المشاعر والضغوط النفسية التي مروا بها قبل إحالتهم إلى مركز الأمل للتدخل المبكر.

فمنهم من يذكر أن المعلومات التي قدمها الأطباء لهم عن حالة أطفالهم كانت ناقصة أو غامضة ولم تحقق رغبتهم الملحة في معرفة حالة طفلهم، فبعض الآباء يشعر بأنه طُرِدَ من العيادة بعد إعطائه ورقة مكتوب عليها كلام بدون شرح أو توضيح، وبعض الآباء يقولون أنهم تنقلوا بين الأطباء واستمعوا للكثير من المعلومات والتعليمات التي لم يتمكنوا من استيعابها، وبعضهم يقول أن الطبيب الذي أبلغهم بإعاقة طفلهم لم يكن متعاطفًا معهم، فهو كان يستعمل الألفاظ والمصطلحات الطبية الغامضة التي جعلتهم يشعرون بالقلق الشديد على طفلهم وخاصة عندما لم يتمكنوا من الحصول على إجابات لاستفساراتهم الكثيرة.

وفي إفادة لإحدى الأمهات عن الضغوط التي مرت بها قبل إحالتها لمركز التدخل المبكر قالت "ولد ابني في الشهر السابع من الحمل، وكان صغير الحجم والوزن، فتم وضعه تحت جهاز تنفس صناعي في الحضانة، وعندما كان في الحضانة كنت أقضي معه ساعات طويلة يوميًا، واستمر هذا الأمر لمدة ثمانية أسابيع، وبعد خروجه من الحضانة ظننت أن مشكلة ابني انتهت، فقد قال لي أحد الأطباء أنه أصبح بخير الآن ومن الممكن أن تأخذيه إلى المنزل، ولكن بمرور الوقت لاحظت أن طفلي لا يشبه أخته الأكبر منه في حركته ونموه ، وقد لاحظ ذلك غيري من الأقارب وأخذوا يسألونني: لماذا لا يجلس ؟ هل عيناه طبيعيتان ؟ لماذا ضعيف؟ وخلال هذه الفترة ذهبت به إلى العديد من الأطباء لعلي أجد إجابة لهذه الأسئلة المتكررة، ولكن الأطباء كان لديهم إجابة واحدة مع الكثير من الأدوية، وهي (أن الأطفال المولودين مبكرًا يعانون من بعض المشاكل، ولكن لا تقلقي سوف يسترد صحته عندما يبلغ الثانية من العمر ولكن استمري على الدواء)، فأصبحت أردد ما قاله الأطباء لنفسي ولأقاربي ولبعض الأطباء الآخرين أيضًا، حتى لا أسمع منهم خلاف ذلك.

ولكن مع مرور الشهور وقبل بلوغه عمر العامين بثلاثة أشهر، بدأت أشك أن هناك مشكلة، وأخيرًا أحالني أحد أطباء الأطفال إلى طبيب متخصص في علاج المخ والأعصاب، وبعد إجراء الفحوصات والتي من بينها صورة مقطعية لمخ الطفل،أبلغني بأن لدى ابني ضمور بسيط في المخ، دون أن يوضح لي أثر ذلك عليه فأصبحت غاضبة ومشوشة وقلقة جدًا، وكانت هذه الفترة عصيبة جدًا، وعندما أصبح عمر ابني عامين أتيت به إلى مركز الأمل

للتدخل المبكر وتم تشخيصه على أن لديه تأخر في النمو، وإعاقة عقلية، وهو الآن يتلقى خدمات التدخل المبكر".

كما يذكر أحد الآباء:أنه مازال يذكر تلك اللحظة القاسية عندما أخبره الطبيب بأن ابنه سوف يعيش أصم، وهو يرى أنه كان يتمنى سماع خبر إعاقة طفله بطريقة أخرى غير تلك التي تلقى بها الخبر، فهو يعتقد أن الطبيب لم يتعاطف معه وأنه سبب له صدمة نفسية قاسية دون أن يقدم له حلول لمشكلة ابنه، أو يحيله إلى الجهات التي يمكنها مساعدته، وأنه جاء بطفله إلى مركز الأمل للتدخل المبكر بناء على نصيحة أحد أصدقائه.

كما تقول إحدى الأمهات:" أنه على الرغم من أن الأطباء كانوا يعلمون بإعاقة طفلتي قبل ولادتها إلا أنهم لم يخبروني بذلك، وعرفت أنها تعاني من (متلازمة داون) بعد أسبوع من ولادتها، وعندما ولدت طفلتي كان المستشفى رائعًا وكان الأطباء مخلصين ومتعاونين، ومهدوا لي جيدًا قبل أخباري بحالتها ولكن بعد خروجنا من المستشفى توقفت متابعة حالة الطفلة، ولم تتصل بنا أي جهة لترشدنا إلى المكان المناسب لرعاية الطفلة، وكان من الممكن أن تبقى الطفلة في المنزل طول عمرها دون أن يعرف أحد شيئًا عنها، ولولا حرصنا على رعاية طفلتنا والبحث عن خدمات التدخل المبكر التي يمكن تقديمها لها، كان من الممكن أن تظل الطفلة في المنزل كغيرها من الأطفال الذين يعانون من نفس مشكلتها".

وبذلك ومن خلال الإفادات السابقة يتضح أن معظم الأطباء الذين تعامل معهم آباء الأطفال في الحالات السابقة لم يكن لديهم علم أو معرفة بخدمات التدخل المبكر التي يقدمها المركز للأطفال المعاقين، كما أن بعضًا منهم نظر إلى الإعاقة من ناحية طبية متحيزة، ويرى الدارس أن السبب وراء ذلك ربما يرجع إلى أن الأطباء لم يتعودوا العمل في ظروف يقومون فيها ببناء علاقات عمل تشاركية مع مراكز التدخل المبكر، بل هم قد يعملون وفقًا لافتراض مفاده أنهم وحدهم يمتلكون المعرفة ويعرفون الحقيقة، وإنهم بالتالي القادرون على حل المشكلات واتخاذ القرارات، لذا فهم يعتقدون أنهم عندما يخفقون في علاج حالة ما فإنه لا فائدة تعود على الطفل من التحاقه بأي برنامج تربوي، وفي الحقيقة فإن استمرارية هذا النمط من أنماط التفكير يعني تأخر إحالة الأطفال المعرضين لخطر الإعاقة إلى مراكز التدخل المبكر مما يحرمهم من تلقي خدمات ذات أهمية بالغة لهم ولأسرهم.

وبناءً عليه فإن الدراسة الحالية تؤكد على أن التعرف المبكر على الأطفال المعاقين بدون إحالتهم لتلقي خدمات التدخل المبكر سوف يكون له

آثار سلبية على كل من الأسرة والطفل، حيث أن أفضل أساليب الكشف والتعرف على الأطفال المعاقين تصبح غير فعالة إذا لم يتبعها إحالة الطفل مباشرة لمؤسسات تقدم برامج ملائمة للتدخل المبكر، وإذا ما حدث تأخير وتأجيل لهذا الإجراء بعد اكتشاف الإعاقة، فسوف يتسبب ذلك في إرباك الأسرة وتخبطها، كما قد تواجه الأسرة صعوبة في إيجاد المعلومات والخدمات التي يحتاجون إليها، مما يؤدي بها إلى المرور بسلسلة من الضغوط والمشكلات النفسية، كما أن التأخر في إجراء الإحالة لخدمات التدخل المبكر ليس له تأثير سلبي فقط على الأسرة ولكن أيضًا على تقدم الطفل وتطوره، لذا فإنه من الضروري وجود شبكة إحالة وطنية بهدف تحويل الأطفال الذين يشتبه أن لديهم إعاقة أو المعرضين لخطرها إلى الجهة المناسبة للتشخيص والتقييم.

- التشخيص (التقييم الشامل): *(Comprehensive Evaluation Diagnosis)*

بعد إجراء الإحالة يبدأ الإجراء الثالث من إجراءات التدخل المبكر وهو تشخيص أو تقييم شامل لحالة الطفل، حيث يعد التقييم الشامل في مجال التدخل المبكر هو عملية تجميع معلومات مختلفة عن الطفل بغرض الوصول إلى نتيجة معينة يكون من شأنها المساعدة على اتخاذ القرارات المناسبة تجاهه.

وبدراسة واقع عملية التقييم الشامل بمركز الأمل للتدخل المبكر لاحظ الدارس أن مركز التدخل المبكر يقوم بهذا الإجراء من خلال قيام فريق التقييم بالمركز بتشخيص حالة الطفل، ويضم فريق التقييم في معظم الأحيان (رئيسية المركز – الأخصائية الاجتماعية – الأخصائية النفسية – معلمة التدخل المبكر – أخصائي العلاج الطبيعي – أخصائي العلاج الوظيفي – أخصائي علاج النطق).

قام الدارس بملاحظة إحدى جلسات التقييم لطفل يبلغ من العمر ثلاث سنوات وشهرين، وقد كان الطفل لا يستطيع الوقوف بنفسه، ويقوم بحركات غريبة ولا يتجاوب مع المحيطين به، كما أنه كان يستخدم الصراخ والبكاء باستمرار للتعبير عن حاجاته، مما جعل من الصعب السيطرة عليه، واستمر على ذلك على الرغم من محاولات أمه احتضانه، كما لوحظ أنه يقوم بإصدار أصوات غريبة وبتكرار بعض الكلمات غير المفهومة.

وعندما بدأ تقييم الطفل قام فريق التقييم (الأخصائية النفسية – الأخصائية الاجتماعية – أخصائي علاج النطق – معلمة التدخل المبكر - أخصائي العلاج الوظيفي – الأم)، بالإطلاع على التقرير الطبي، وكان يتكون من نسختين: النسخة الأصلية، والنسخة المترجمة إلى اللغة العربية، ثم قام أخصائي العلاج الوظيفي بفحص الطفل وهو في حضن أمه عن طريق الإمساك بيده بطريقة ودية وملاحظة رد فعله، ولكن الطفل كان عصبي عند محاولة لمسه، فترك لأمه فرصة للسيطرة عليه، لكي تجعل من عملية الفحص ممكنة، كما أنه حاول جذب انتباه الطفل ببعض الألعاب في البداية، ثم باستخدام ضوء بطارية بعد ذلك، ولكن الطفل كان يصرخ، فأعطى البطارية للأم لتنفيذ المهمة فاستجاب الطفل إلى حد ما فترك للأم المجال للعب مع الطفل لمدة نصف ساعة بمجموعة من الألعاب، واكتفى فريق التقييم بملاحظة سلوك الطفل، حيث كان يركز أخصائي العلاج الطبيعي على طريقة جلوس الطفل وحركته، بينما كان أخصائي النطق يهتم بملاحظة استجابة الطفل للتعليمات، ثم عاود بعد ذلك فريق التقييم فحص الطفل، حيث حاول أخصائي العلاج الطبيعي فحص مجال حركة اليد والرأس، وقوة العضلات لبعض أجزاء الجسم، ثم قام أخصائي علاج النطق بفحص فم الطفل، وسؤال الأم عن طبيعة بلع الطفل للطعام وكيفية تحريك فمه ولسانه أثناء الشرب والمضغ، وهل يواجه صعوبة في ذلك ؟ كما حاول تشجيع الطفل على نطق كلمة (ماما) بتكرارها أمامه أكثر من مرة، ولكن الطفل لم يستجب.

ثم قامت كل من الأخصائية النفسية والأخصائية الاجتماعية بطرح العديد من الأسئلة على الأم، وتدوين الإجابات، وقد استمرت جلسة التقييم ما يقرب من ساعتين.

وفي نهاية الجلسة اجتمع أعضاء الفريق ما يقرب من نصف ساعة تم خلالها الاتفاق على النقاط الأساسية في التقرير، والذي تولت معلمة التدخل المبكر صياغته ثم بعد ذلك تمت كتابته بصورته النهائية وقد جاء فيه:[١]

- الاسم: سالم محمد عوض*
- رقم الملف: *TSON/AV531*
- تاريخ الميلاد: ٢٠٠٧/٢/١٤

---

(١) من واقع سجلات الأطفال الملتحقين بمركز التدخل المبكر.

(*)الأسماء الواردة في الدراسة تختلف عن الأسماء الواردة في الوثائق والسجلات الأصلية للمحافظة على سرية وخصوصية المعلومات المرتبطة بها.

- العمر الزمني عند التقييم: ٣,٢ سنوات
- تاريخ التقييم: ٢٠١١/٤/٣م
- تاريخ كتابة التقرير: ٤/٦ /٢٠١١م
- الجنسية: ....
- الجهة: مركز الأمل للتدخل المبكر
- سبب التحويل: التقييم الشامل
- التشخيص العام: إعاقة عقلية وضعف في التواصل
- التقرير الطبي: يشير التقرير الصادر من المستشفى بتاريخ ٣/٨ /٢٠١١م إلى معاناة الطفل من تأخر في النمو وصرع.
- الدراسة الاجتماعية والسيرة المرضية: الطفل هو المولود الأول لأسرته التي تعيش في ملحق تابع لبيت العائلة الممتدة ، والده جامعي ويعمل بالقوات المسلحة، ووالدته جامعية وتعمل بشركة الكهرباء، تمت فترة الحمل بالطفل وولادته بشكل طبيعي وعند بلوغه ثمانية أشهر من عمره لاحظت أسرته أنه لا يسند رقبته عند رفعه، وأن جسمه بشكل عام مرتخ مع تشنجات بسيطة وإصداره لأصوات غريبة، فتبين بالفحص الطبي معاناته من زيادة في الشحنات الكهربائية في الدماغ وضمور بسيط فيه، تلقى الطفل جلسات من العلاج الطبيعي في مستشفى توأم منذ ذلك الوقت ولا يزال.

- التقييم:

القدرات العقلية: لم تتح وضعية الطفل وضعف قدرته على التواصل أي إمكانية لتطبيق أحد اختبارات الذكاء السيكومترية، فيما يقدر عمره العقلي إكلينيكيا بحدود ١٢ شهرًا، مما يشير إلى حالة من الإعاقة العقلية.

السلوك التكيفي: لم يصل مستوى العمر السلوكي العام مستوى السنة الواحدة، وذلك وفق نتائج تطبيق مقياس فينلاند للسلوك التكيفي، إذ لم يصل مستوى تطور المهارات التكيفية لعمر السنة الواحدة في كل من مهارات التواصل مهارات الحياة اليومية، المهارات الاجتماعية، المهارات الحركية، مما يشير إلى تأخر في مستوى تطور مهارات السلوك التكيفي.

المهارات الإدراكية: لم يتمكن الطفل من اجتياز أي من مهمات المطابقة والتصنيف والربط، مما قد يشير إلى تأخر في مستوى تطور مهاراته المعرفية.

القدرات السمعية: طبيعية في كلتا الأذنين .
النطق واللغة: يعاني من ارتخاء بعضلات الجهاز النطقي وتأخر حاد جدًا في النمو اللغوي العام، فهو لا يستوعب ما يقال له ولا يستعمل النطق في التعبير عن حاجاته، ولم يلاحظ عليه مهارات ما قبل اللغة التعبيرية مثل المناغاة.
القدرات الحركية: يستطيع الجلوس بشكل منفرد، لكنه لا يستطيع الوقوف، ويعاني من: ضعف عام بعضلات الجسم وخاصة الأطراف السفلى – عدم القدرة على الوقوف أو المشي – ارتخاء بالعضلات والمفاصل.
المهارات الوظيفية: كان الطفل خلال التقييم غير متعاون ويتحرك بشكل زائد، وتبين معاناته من: ضعف النغمة العضلية وضعف عضلات الأطراف العليا – ضعف في عضلات الفم (سيلان اللعاب – عدم القدرة على المضغ – وضعف البلع) – قصور في مدة الانتباه وضعف التركيز – تأخر مهارات ما قبل الكتابة – تأخر مهارات اللعب وتطوره – ضعف في أداء مهارات الحياة اليومية (اللبس والنظافة واستعمال الحمام).
الوظائف البصرية: استطاع ملاحظة هدف بصري لمدة قصيرة من الوقت ومتابعته – لا توجد مشاكل في وظائف العين العضلية.
الأداء الاجتماعي: ضعف حاد في مهارات التواصل.
التوصيات: يحتاج الطفل إلى خدمات التدخل المبكر.
وقد لاحظ الدارس على عملية التقييم ما يلي:
إن عملية التقييم تعتمد على فريق من المختصين بمشاركة أسرة الطفل كما أن البيئة المادية التي تمت فيها عملية التقييم مناسبة، فقد كانت هادئة كما كانت الإضاءة جيدة، والتهوية مناسبة، كما حاول فريق التقييم أن يجعل الطفل مسترخيًا بقدر الإمكان، وذلك بمحاولة خلق جو من الألفة معه، كما أن الفريق كان يشجع الطفل ويمتدحه، وتمتع فريق التقييم بقدر من كبير من الصبر وسعة الصدر كما كان الحديث مع الأم ودودًا وخاليًا من الكلفة.
إلا أن الدارس قد لاحظ أن هناك بعض الصعوبات التي تتعلق بعملية التقييم بالمركز، أهمها أنه لا يتوفر بالمركز أطباء، كما أن المركز لا تستعين بأطباء للمشاركة في عملية التقييم، ولكنها تكتفي بأن تطلب من ولي أمر الطفل تقرير طبي معتمد ومترجم من مركز ترجمة معترف به. كما لاحظ الدارس أن هناك عدد (٤) أطفال على قائمة الانتظار لإجراء تقييم لهم، وعند سؤال الأخصائية الاجتماعية عن سبب ذلك، أجابت: " أن اجتماع فريق التقييم

يتم مرة واحدة كل أسبوع، وفي الاجتماع الواحد يتم تقييم ما بين حالتين وثلاث حالات، كما أنه يتم إيقاف التقييم مع نهاية شهر أبريل حيث لا تستطيع المركز قبول أطفال جدد لتلقي الخدمات بالمركز بعد هذا التاريخ، فيتم تأجيل تقييمهم إلى العام القادم".

كما لاحظ الدارس من خلال متابعته لبعض جلسات التقييم إلى أن الإعاقات الشديدة والظاهرة كالشلل الدماغي، ومتلازمة (داون)، والإعاقات السمعية الشديدة يتم تشخيصها بسهولة، ولكن الأطفال الذين يعانون من مشكلات صحية أو اضطرابات في النمو فإنهم يحتاجون إلى تقييم دقيق لحالتهم ففي مثل هذه الحالات قد يكون الطفل معاقًا وقد لا يكون ذلك، فالتأخر في النمو لا يعني بالضرورة حالة إعاقة حيث أن الإعاقة انحراف ملحوظ يتم تحديده وفقًا لمعايير محددة.

كما لاحظ الدارس أن أكثر الإعاقات صعوبة في التشخيص هي إعاقة التوحد، حيث يصعب ملاحظة إعاقة التوحد في السنتين الأوليتين من حياة الطفل وذلك لاعتماد تشخيص هذه الحالات على مدى التفاعل الاجتماعي وإقامة العلاقات مع الآخرين وكذلك نمو وتطور اللغة، ونظرًا لعدم تبلور هاتين الصفتين لدى الطفل إلا بعد السنة الثانية أو الثالثة من عمره، فإن ذلك يجعل من اكتشاف وتشخيص الحالات نوعًا ما متأخر، وبه شيء من الصعوبة نظرًا لتشابه أعراض التوحد مع أعراض إعاقات أخرى مثل التخلف العقلي والاضطرابات السلوكية ومشاكل النطق وغيرها، هذا بالإضافة إلى أن هناك فروق فردية بين المصابين بالتوحد من حيث الأعراض أو الصفات فنجدها تظهر عند طفل بصورة واضحة ولا تظهر عند آخر، فمثلاً يلاحظ أن بعض الأطفال يقومون برفرفة اليدين والبعض لا، كذلك فإن التواصل بالنظر يتم لدى الأطفال التوحديين بدرجات متفاوتة وغيرها من الفروق بين الحالات، لذلك لابد من إجراء تشخيص دقيق لحالة الطفل حتى يتم الحكم عليه بأنه يعاني من التوحد.

مما سبق وبعد تناول الدراسة لواقع عملية التقييم للأطفال بمركز الأمل للتدخل المبكر يمكن القول أن مراكز التدخل المبكر تتميز عن غيرها من المؤسسات التربوية بكونها لا تتعامل مع الأطفال حسب قاعدة موحدة أو بأساليب ثابتة محددة سلفًا تقود إلى برامج تربوية مصاغة بشكل مسبق، بل تنظر مراكز التدخل المبكر لأولئك الأطفال على أن لهم خصائص متباينة، لذا لا تتخذ احتمالات مسبقة لما ستكون عليه أوضاعهم.

فاتخاذ القرار المناسب حول قدراتهم لا يتم إلا بعد إجراء التشخيص والتقييم الملائم، عبر فريق متعدد التخصصات، حتى يمكن اتخاذ القرارات التي يتم على أساسها الحكم على هؤلاء الأطفال، وبالتالي تحديد خدمات التدخل المبكر اللازمة لكل طفل منهم.

- اتخاذ القرارات:*Decisions Taking*

تعتبر عملية اتخاذ القرار بأن الطفل يعاني من إعاقة معينة أو عرضة لخطرها، هي نقطة البدء لجميع الإجراءات التي تحدد نوعية خدمات التدخل المبكر التي سوف يتلقاها الطفل في المركز، وبدراسة واقع عملية اتخاذ القرار بالمركز لاحظ الدارس أنها تتم من قبل لجنة تشخيص وتقييم الطفل، فبعد أن تقرر اللجنة بأن الطفل لديه إعاقة معينة، يتم إصدار مجموعة من التوصيات للأخذ بها عند صياغة البرنامج الفردي للطفل، فعلى سبيل المثال، في حالة الطفل (سالم محمد عوض) جاء في التوصيات ما يلي:

يحتاج الطفل إلى تدخل مبكر يشمل الجوانب التالية:

- السلوك التكيفي: التدريب على وسيلة التواصل باستخدام تبادل الصور في البداية، ثم التواصل اللفظي إذا أمكن، والتدريب على مهارات العناية الذاتية الأساسية.
- المهارات الإدراكية: التدريب على مهارات المطابقة والتصنيف والربط.
- النطق واللغة:
  - تقوية عضلات الجهاز النطقي.
  - جذب الانتباه إلى أصوات الكلام.
  - التدريب على تقليد حركات الفم.
  - التدريب على إخراج صوت كلامي.
  - التدريب على تقليد حركات الفم مع إخراج صوت كلامي.
  - محاولة ربط مقاطع نطقية بمدلولات أشياء محيطة بالطفل.
- العلاج الطبيعي: تكثيف جلسات العلاج الطبيعي بهدف:
  - تقوية عضلات الظهر والبطن.
  - تقوية العضلات السفلى.
  - التدريب على الوقوف.
  - العلاج الوظيفي: جلسات من العلاج الوظيفي بهدف:
  - تقوية العضلات الدقيقة وتحسين النغمة العضلية.

- تقوية عضلات الفم.
- زيادة مدة الانتباه والتركيز.
- تطوير اللعب والتدريب على أداء مهارات الحياة اليومية.

ثم بعد ذلك يتم عقد لقاء مع ولي أمر الطفل لشرح طبيعة إعاقة الطفل وتحديد الخدمات التي سيتلقاها، وفي هذا اللقاء يتم طلب استيفاء الأوراق الثبوتية، وكذلك التوقيع على مجموعة من النماذج والإقرارات اللازمة لإلحاق الطفل بالمركز، والتي يلتزم فيها ولي الأمر بما يلي:

- إحضار جميع الأوراق الثبوتية والتقارير الطبية والصور الشخصية الحديثة الخاصة بالطفل.
- الاهتمام بنظافة الطفل الشخصية وتوفير ملابس إضافية له داخل المركز (ملابس داخلية، فوطة، صابون، فرشاة ومعجون،...)، بالإضافة إلى ارتداء الطفل الحذاء الطبي أثناء الجلسات.
- المشاركة الفعالة والتواصل الدائم مع المركز من خلال جلسات الإرشاد الأسري أو الفعاليات والأنشطة المقدمة للطفل سواء كانت داخل المركز أو خارجه.
- تأمين وسائل المواصلات للطفل حيث لا توفر المركز وسائل مواصلات للأطفال.
- السماح للاختصاصيين والمدربين بالزيارات المنزلية للطفل في المواعيد المحددة لتقديم الخدمات بأفضل صورة للطفل ومتابعة سير العمل في المنزل.
- في حالة إصابة الطفل بمرض معدي يجب على ولي الأمر إبقاء طفله في المنزل حتى شفائه من المرض حفاظًا على صحته وصحة الأطفال من حوله مع تقديم تقرير طبي يثبت ذلك.
- حضور ولي الأمر (الأم، الأب، العمة، الخالة، الجدة،... إلخ) الجلسات التدريبية مع الطفل أثناء تلقي الخدمات.
- عدم استخدام الهاتف المحمول وجعله في وضع صامت أثناء التواجد بالمركز.
- عدم السماح لأولياء الأمور بإحضار مرافقين مع الطفل أثناء تواجده بالمركز، وفي حالة حضورهم يجب عليهم التواجد في ساحة الانتظار.
- الالتزام بالوقت المحدد للجلسات التدريبية.

- في حالة الغياب يجب الاتصال بالمركز والإبلاغ عن سبب ذلك.
- في حالة التأخير عن ثلاث جلسات يحصل ولي الأمر على إنذار شفوي ومن ثم خطي.
- في حالة غياب الطفل (٤) جلسات متتالية بدون عذر مقبول يتلقى ولي الأمر إنذار خطي.
- في حالة غياب الطفل المستمر عن الجلسات بدون إخطار المركز يرفع اسمه من الخدمات التي يقدمها المركز.
- الإطلاع على الخطة السنوية الموضوعة للطفل ومناقشتها مع الأخصائيين والتوقيع عليها قبل بدء تطبيقها.
- تطبيق البرنامج الفردي للطفل في المنزل مع أفراد الأسرة.
- ضرورة تواجد سجل المتابعة المنزلية للطفل في كل جلسة وتدوين النتائج والملاحظات الخاصة بالطفل في المنزل لمناقشتها مع الأخصائي.
- في حالة وجود أي استفسار أو تقديم مقترح أو شكوى التوجه إلى رئيس المركز وإبلاغه بذلك.

يلاحظ مما سبق أن مركز الأمل للتدخل المبكر يولي اهتمام كبير للجانب الإداري المترتب على اتخاذ القرار المتعلق بإلحاق الطفل به، بدون مشاركة واضحة للوالدين في اتخاذ هذا القرار، إلا أن الدراسة الحالية ترى أن اتخاذ قرار بإلحاق الطفل بمركز التدخل المبكر يجب أن يتم بمشاركة الوالدين وبتبادل الآراء معهما فالتحاق الطفل بالمركز يمثل مرحلة انتقالية صعبة للوالدين لأنه سيعرضهما لمجموعة من الخبرات غير المألوفة، ومواجهة قضايا متنوعة متعلقة بإقرار أن طفلهما لديه إعاقة معينة، لذا فهما بحاجة إلى تفسير واضح وكامل للمشكلة التي يعاني منها طفلهما، وهما ليسا بحاجة إلى تشخيص عام فحسب ولكنهما بحاجة إلى أن يعرفا أوضاع الأطفال الذين يعانون من المشكلة ذاتها والخدمات التي تقدم لهم بالمركز، ومدى فاعليتها، كما أنهما بحاجة إلى أن يعرفا إذا كانت أسباب الإعاقة تعود إلى عوامل تتصل بهما أو بعوامل جينية أو بيئية، كما أن الوالدين لا يهتمان بالوضع الحالي للطفل فقط، ولكنهما يودان معرفة ما يخبؤه المستقبل فيما يتعلق بنمو الطفل، وهما يحتاجان إلى أن تقدم لهما هذه المعلومات في صورة واضحة دقيقة وفي عبارات يمكنهما أن يفهماها وليس في شكل اصطلاحات تخصصية يصعب عليهما فهمها والاستفادة منها.

لذا فإن على مراكز التدخل المبكر عند اتخاذها القرار بأن الطفل يعاني من إعاقة معينة وبأنه بحاجة إلى تلقي خدمات التدخل المبكر بها، يجب أن توفر للوالدين الكثير من المعلومات، حول طبيعة الخدمات التي سيتلقاها الطفل، ومن الذي سيقدمها، والأدوات والأجهزة التي سيتم استخدامها، والأدوار التي على الوالدين القيام بها في البيت لمساعدة هذه المراكز على تحقيق أهدافها، كما أن الوالدين لديهما أيضًا معلومات كثيرة يمكنهما تقديمها إلى المختصين للاستفادة منها في تقديم خدمات التدخل المبكر للطفل.

- تخطيط وتصميم البرامج: *Program planning*

تشير أدبيات التربية الخاصة إلى أن البرامج التربوية الفردية تمثل حجر الزاوية في تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال المعاقين، فالبرنامج التربوي الفردي وثيقة مكتوبة تعد لكل طفل من الأطفال المعاقين بشكل فردي، وتمثل حاجات ذلك الطفل والخدمات التربوية المساندة التي يحتاجها، وكل ما يمكن أن يسهم في تعليمه وتدريبه، ويشترك في إعداد ذلك البرنامج فريق متكامل من الأشخاص ذوي العلاقة، ويتم إعداد وتخطيط هذه البرامج بعد الحصول على نتائج التقييم للطفل، واتخاذ القرار بأهليته لتلقي خدمات التدخل المبكر.

ويحدد البرنامج التربوي الفردي احتياجات الطفل، وقدراته، ومتطلباته الخاصة، كالخدمات المساندة، والأخصائيين القائمين على تقديمها، والأدوات والأجهزة اللازمة وأساليب التقويم المناسبة، وتختلف البرامج التربوية من حيث الحجم والنوع باختلاف حاجات الأطفال المعاقين وأعمارهم، وبصفة عامة يتم تخطيط البرامج التربوية الفردية في سياق قسمين رئيسيين هما: البرنامج التربوي الفردي، والخطة الفردية لخدمة الأسرة.

وبدراسة واقع تخطيط البرامج التربوية الفردية بمركز الأمل للتدخل المبكر وجد الدارس أنها تعتمد على الخطة الفردية لخدمة الأسرة *Individualized Family Service Plan* مع الأطفال الأصغر من ثلاث سنوات، بينما تقوم بتخطيط برنامج تربوي فردي *Individualized Education Program* للأطفال من عمر ثلاث سنوات حتى عمر خمس سنوات، وهذا يتفق من حيث التخطيط مع ما أقرته الدراسات الحديثة فيما يتعلق ببرامج التدخل المبكر [١].

---

(١) يمكن الرجوع إلى:

أما فيما يتعلق بتصميم البرامج الفردية، فهناك مجموعة من الخطوات المثالية التي أثبتت أدبيات التدخل المبكر جدواها للوصول إلى أفضل نتائج ممكنة عند تصميم الخطة الفردية لخدمة الأسرة، أو الخطة التربوية الفردية، وفيما يلي سوف تحاول الدراسة استلهام هذه الخطوات كأساس مرجعي عند دراستها لواقع تصميم البرامج الفردية بمركز الأمل للتدخل المبكر، وذلك عن طريق قيام الدارس بفحص عدد (٩) سجلات من سجلات الأطفال الملتحقين بالمركز ، (٤) سجلات منها لأطفال أعمارهم أقل من ثلاث سنوات، و(٥) سجلات لأطفال أعمارهم ما بين الثالثة والخامسة وفيما يلي أهم هذه الملاحظات:

فيما يتعلق بالبيانات الأولية التي تخص الطفل، كالبيانات الشخصية مثل السن والجنس، ودرجة تعليم الوالدين وعملهما، وصلة القرابة بينهما، وعدد الإخوة وترتيب الطفل بينهم.. إلخ، لاحظ الدارس أنها مكتملة ووافية في جميع السجلات التي تم الإطلاع عليها، مما يدل على أمكانية الإفادة الكاملة من تلك البيانات الأساسية عند تصميم البرنامج الفردي للطفل.

فيما يتعلق بتحديد مستوى الأداء الحالي للطفل والذي يعد من النقاط الجوهرية لتصميم البرنامج الفردي للطفل، فقد لاحظ الدارس أنه متوفر في جميع السجلات التي تم الإطلاع عليها، وقد تم الاعتماد على (التقرير الطبي الشامل – نتائج التشخيص التي جرت للطفل بالمركز – نتائج تطبيق مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي والذي يشمل أربعة مجالات رئيسية هي: مجال التخاطب، مجال مهارات الحياة اليومية، مجال المهارات الاجتماعية، مجال المهارات الإدراكية – جدول بورتاج للفحص والذي يشمل خمسة مجالات رئيسية هي: المهارات الاجتماعية، الرعاية الذاتية، المجال الإدراكي، المجال الحركي، اللغة).

- *Lee Ann Jung ," Writing Individualized Family Service Plan Strategies that Fit into the ROUTINE", Young Exceptional Children, April 2007; vol. 10,N. 3: pp. 2-9*

- محمد عيد رمضان السكرانة، اتجاهات المعلمات نحو الخطة التربوية الفردية في مراكز التربية الخاصة بالمعوقين عقلياً في منطقة عمان، دراسات تربوية واجتماعية، مجلد (١٥)، عدد(٤)، ٢٠٠٩م، ص ص ٦٢١ - ٦٤١.

- *Lisa A. Ruble &others , "The Effects of Consultation on Individualized Education Program Outcomes for Young Children With Autism: The Collaborative Model for Promoting Competence and Success", Journal of Early Intervention, September 2010; vol. 32,No. 4: pp. 286-301.*

أما فيما يتعلق بصياغة الأهداف السنوية (طويلة المدى)، والتي تعتبر جانب أساسي في البرنامج التربوي الفردي للطفل، والتي يتم اشتقاقها من مستوى الأداء الحالي للطفل، لتمثل ما يحتاجه الطفل في كافة المجالات على مدار العام فقد لوحظ أن معظم السجلات اهتمت بصياغة هذه الأهداف، حيث اشتملت (٧) سجلات على هذه الأهداف ، بينما أغفل صياغتها سجلان من السجلات التسع التي تم الإطلاع عليها.

أما الأهداف القصيرة المدى، والتي لا تقل أهمية عن سابقتها حيث تشتق من الأهداف بعيدة المدى، وتشكل أهدافًا إجرائية أي قابلة للقياس، ويمكن التأكد من تحققها لدى الطفل، فقد لوحظ أنها متوفرة ومكتملة في (٤) سجلات، وغير مكتملة في (٣) سجلات، بينما غير متوفرة في (سجلين) ، لذا فإن الدراسة ترى أن هناك ضعفًا واضحًا في هذا الجانب الحيوي من تصميم البرنامج، إما لنقص تلك الأهداف وعدم اكتمالها، أو عدم ملاءمتها من حيث المضمون، أو خلوها من العبارات الإجرائية، كما أن سجلين من هذه السجلات لم يشتملا على تلك الأهداف على الإطلاق ما يعني تشتيتًا للجهود والأدوار عند تطبيق البرنامج.

أما فيما يتصل بإجراءات تنفيذ الأهداف، والفترة الزمنية التي سيتم تنفيذها فيها، واسم الاختصاصي المسئول عن تنفيذها، فهي متوفرة في (٦) سجلات، وغير متوفرة في ثلاثة، لذا فإن الدراسة ترى ضرورة الاهتمام بهذه الإجراءات في جميع السجلات لتوضيح الأدوار لفريق العمل، وهو ما لا يترك مجالاً للاجتهادات الشخصية، والأخطاء، والافتراضات غير الصحيحة.

أما فيما يتعلق بالزيارات المنزلية، والتي تعتبر إحدى الإجراءات اللازمة للخطة الفردية لخدمة الأسرة، فلم يجد الدارس إلا سجل واحد يشمل جدول للزيارات المنزلية من بين السجلات الأربع التي تغطي المرحلة العمرية للأطفال الذين يتلقون خدمات التدخل المبكر من خلال خطة الخدمة الفردية للأسرة ، وعند السؤال عن سبب ذلك، أجابت الأخصائية الاجتماعية:

"بأن هناك نقص في الأخصائيين بالمركز، حيث أن جلسة التدريب لطفل أو طفلين في المنزل تستغرق من الأخصائي يومًا كاملاً، بالإضافة إلى أن بعض الأسر ترفض استقبال الاختصاصيين في المنزل".

▪ تقويم البرامج: *Evaluation of programs*

تعتبر عملية إجراء تقويم للبرامج التربوية الفردية المقدمة للطفل من أهم إجراءات التدخل المبكر، حيث يشمل هذا الإجراء العديد من الجوانب المتعلقة بهذه البرامج من حيث مدخلاتها، والعمليات التي تجري عليها، والمخرجات التي تنتج عنها، للوقوف على مدى ما يتحقق من مستويات نمائية للطفل، ومدى فاعلية الأساليب التدريبية والتربوية المتبعة، ودرجة التقدم في تحقيق النمو والتكامل في شخصية الطفل، ومن ثم إصدار الحكم على البرنامج من أجل اعتماده أو تطويره، أو إلغائه واختيار بديل آخر.

أما فيما يتعلق بواقع عملية التقويم بمركز الأمل للتدخل المبكر، فقد قام الدارس إلى بفحص الوثائق المتوفرة بالمركز ووجد أن لدى مركز التدخل مجموعة من الخطوات بهذا الشأن والتي تتمثل في:

- البدء في تنفيذ الخطة.
- إجراء تقييم نصف سنوي.
- إعادة صياغة الخطة بناء على نتائج التقييم.
- اعتماد رئيس المركز .
- إطلاع ولي الأمر على الخطة المعدلة والتوقيع عليها .
- البدء بتنفيذ الخطة المعدلة .
- التقييم السنوي .
- التقييم النهائي .
- التقرير النهائي للطفل .
- إصدار الشهادات .
- الاعتماد من قبل رئيس المركز .
- تسليم الشهادة لولي الأمر .

وعند إطلاع الدارس على عدد (٩) سجلات لأطفال ملتحقين بالمركز للوقوف على واقع عملية التقويم وجد أنه يوجد بكل سجل منها بند لإجراء التقويم نصف السنوي، وبند للتقويم النهائي، وقد لاحظ الدارس أن سجلات الأطفال الذين مر عليهم أكثر من عام في المركز وعددها (٤) سجلات، يتوفر بها التقييم نصف السنوي، والتقييم السنوي، أما سجلات الأطفال الذين لم

يكملوا عام واحد في المركز وعددها (٥) سجلات ، فقد توفر في (٣) منها التقويم نصف السنوي و(٢) لم يتوفر بهما أي نوع من أنواع التقويم.

كما لاحظ الدارس أنه لم يتم تعديل أي خطة بناء على نتائج التقييم النصف سنوية في جميع السجلات التي تم الإطلاع عليها، ويرجع ذلك إلى أن جميع نتائج التقييم تشير إلى تحسن في حالة الطفل، ولم يستطع الدارس التأكد من مدى صدق هذه التقييمات.

أما فيما يتعلق بأساليب التقويم التي يستخدمها المختصون، فقد لاحظ الدارس أن أسلوب الملاحظة هو الأسلوب السائد، وربما الوحيد الذي يعتمد عليه المختصون في تقييمهم للأطفال الملتحقين بالمركز، وترى الدراسة أن هذا الأسلوب مناسب وبخاصة للأطفال الرضع، حيث أن القائمين على التقييم لا يستطيعون أن يطلبوا من الرضع أن يجيبوا عن أسئلة الاختبارات، أو التحدث عن مشاعرهم وسلوكهم، كما ترى الدراسة أن أسلوب الملاحظة مناسب كذلك للأطفال الأكبر سنًا حيث يمكن استخدامه في أوقات وسياقات مختلفة، كما أن أسلوب الملاحظة يتيح للطفل التصرف بتلقائية وحرية حيث لا يتدخل المختصون في النشاط والسلوك الذي يقوم به الطفل أثناء ملاحظته، وذلك على نقيض الاختبارات الرسمية التي تتطلب من الطفل أن يؤدي مهامًا معينة في محيط معين، مما لا يناسب في كثير من الأحيان الأطفال المعاقين صغار السن.

أما فيما يتعلق بمدى مشاركة الأسرة في عملية تقويم الخطة، فقد لاحظ الدارس أن معظم الأسر تكون مهتمة جدًا بإلحاق طفلها بالمركز، لذا تحرص كثير من الأمهات على حضور التقييم الأولي حيث يتوقف عليه اتخاذ القرار بقبول أو رفض التحاق الطفل بالمركز، إلا أنه بعد التحاق الطفل بالمركز فإن قلة نادرة من الأمهات تهتم بالمشاركة في عملية تقييم الخطة، حيث أن الغالبية العظمى منهن يعتقدن بأن المختصين أقدر على تحديد الأولويات المناسبة للطفل، وأن ما يراه المختصون ليس بحاجة إلى نقاش.

مما سبق يرى الدارس أن عملية تقويم البرامج التربوية الفردية المقدمة للأطفال المعاقين بمراكز التدخل المبكر تحتاج إلى جهود كبيرة، وخبرة كافية ليس فقط لأن الأطفال في هذا العمر لا يستطيعون الاستجابة للعديد من الاختبارات ولكن لأنه من الصعب اختيار إستراتيجية تقويم تناسب الأطفال المعاقين الصغار في السن، فإستراتيجية التقويم المستخدمة يجب أن تراعي إلى جانب عمر الطفل نوع إعاقته ومستواها، حتى يمكن اتخاذ القرارات التي

تتعلق بالبقاء على البرنامج المقدم للطفل أو تعديله أو حتى إلغائه واستبداله بآخر، مما يلبي احتياجات الطفل وظروف إعاقته.

٤- مجالات التربية الخاصة للأطفال المعاقين بمركز الأمل للتدخل المبكر:

فيما يلي سوف يتناول الدارس واقع مجالات التربية الخاصة للأطفال المعاقين بمركز الأمل للتدخل المبكر:

- الرعاية الصحية: *Health care*

بدراسة واقع الرعاية الصحية بمركز الأمل للتدخل المبكر لم يلاحظ الدارس أي من العوامل التي قد تضر بصحة الأطفال، فالمركز تتمتع بمستوى نظافة مرتفع كما أنه يمنع التدخين بها نهائيًا ، إلا أن الدارس لاحظ أن مركز التدخل المبكر يفتقر لعيادة صحية، كما يفتقر إلى وجود طبيب أو ممرضات ضمن العاملين بها مما يؤثر على توفير الرعاية الصحية المناسبة لهؤلاء الأطفال، حيث أن الأطفال المعاقين في حاجة ماسة إلى ذلك النوع من الرعاية، فمن الملاحظ أن معدل النمو الجسمي لدى الأطفال المعاقين أقل في تقدمه بالنسبة لمتوسط نمو الأطفال العاديين، كما أن هناك قابلية لانتشار ضعف السمع وعيوب الكلام وسوء التغذية وعيوب الإبصار بصورة أكبر بين أفراد هذه الفئة، كما أنهم يقلون عن العاديين من حيث النشاط والحيوية الجسمية، ورغم ذلك فإنهم لا يختلفون عن العاديين من حيث الحاجات والانفعالات والدوافع والرغبات.

وقد توصل الدارس من خلال إفادات آباء وأمهات الأطفال المعاقين إلى أنهم يحرصون على مراجعة الأطباء في المستشفيات الحكومية والعيادات الخاصة عند شعورهم بأي مشاكل صحية لدى أطفالهم، إلا أن الدارس يرى أن وجود طبيب بمركز التدخل المبكر يفهم حاجات الأطفال المعاقين أمر جوهري لتوفير الرعاية الصحية لهؤلاء الأطفال، فعلى الرغم من أن الطفل يراجع أطباء آخرين إلا أن توفير طبيب الأطفال المتخصص في مجال الإعاقات بمركز التدخل المبكر سيشكل مصدر عون أساسي للطفل والأسرة في التعامل مع المشكلات الطبية، لأنه سيكون على معرفة عالية بحالة هؤلاء الأطفال، كما أنه سيكون على دراية بالأخصائيين الآخرين مما يمكنه من إحالة الطفل إلى الأخصائي المناسب، كما أن وجوده بالمركز سيشكل مصدر معلومات ودعم كبير لغيره من الأخصائيين الآخرين العاملين معه، هذا بالإضافة إلى قدرته على التدخل السريع الفوري عند حدوث أي طارئ أو

ظهور مشكلة صحية مفاجئة لدى أحد هؤلاء الأطفال، وخاصة أن الكثير منهم يعاني من مشكلات صحية عديدة متعلقة بظروف إعاقاتهم.

كما ترى الدراسة الحالية أن الرعاية الصحية للأطفال المعاقين بمراكز التدخل المبكر تشكل شرطًا أساسيًا لتنشئتهم التنشئة الاجتماعية السليمة فالسنوات المبكرة تتسم بأهمية حاسمة من حيث نماء الأطفال على المدى الطويل وكلما كان الاهتمام الذي نوليه لصحة الطفل مبكرًا، كلما زاد احتمال تجنب المشكلات، وإذا ما تعرضت صحة الطفل للخطر في مرحلة مبكرة، فإن نموه سيتأخر أو يضعف، ومع مرور الوقت يسلك نمو الطفل مسارًا تنازليًا. ونتيجة لذلك يتأخر الأطفال المعاقون أكثر فأكثر بالنسبة لأقرانهم، ولئن كان بإمكان التدخل اللاحق أن يحسن نمو الطفل، فليس من الممكن على الأرجح التوصل إلى العودة إلى سلوك المسار الأمثل بعدما تكون الدورة التنازلية قد بدأت، وكلما كان الطفل أكبر سنـــًا كلما زادت جرعة التدخل اللازم حتى يكون له أثر إيجابي.(١)

كما أن توفير الرعاية الصحية بمراكز التدخل المبكر يعمل على تسهيل تقديم الخدمات الصحية المناسبة والمطلوبة لتمكين الأطفال المعاقين من الاستفادة القصوى من خدمات التربية الخاصة المقدمة لهم، حيث تشكل الصحة الجسدية أساس نمو القدرات العقلية والسلوكية الضرورية لتغلب الطفل على إعاقته وما تفرضه عليه من ضغوط.

- التغذية: *Feeding*

سواء أكان الطفل معاقًا أم عاديًا فهو في حاجة إلى تغذية مناسبة، حيث يتأثر نمو الطفل بنوع وكمية الغذاء، وتتلخص وظائف هذا الغذاء بتزويد الجسم بالطاقة التي يحتاج إليها للقيام بنشاطه سواء أكان نشاطًا داخليًا أم خارجيًا بدنيًا أم نفسيًا، وفي إصلاح الخلايا التالفة وإعادة بنائها، وفي تكوين خلايا جديدة وفي زيادة مناعة الجسم ضد بعض الأمراض ووقايته منها، كما يخضع النمو في جوهره لاتزان وتناسق المواد الغذائية المختلفة في تأثيرها العام والخاص على الجسم الإنساني.(٢) وبدراسة واقع تغذية الأطفال المعاقين بمركز الأمل للتدخل المبكر، وجد الدارس أن المركز تقدم للأطفال الملتحقين بها وجبة طعام متنوعة، يتم إعدادها وتجهيزها من قبل شركة متخصصة في

---

(1) Judith L.Evans& Others, Early childhood counts: A programming Guide on early childhood care for Development, Op.Cit., P.18.

(٢) عباس محمود عوض، المدخل إلى علم نفس النمو: الطفولة – المراهقة – الشيخوخة، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٩م، ص ص ٣٨ – ٣٩.

تقديم الوجبات الغذائية ، إلا أنه لا يعمل بالمركز أخصائي تغذية لتقييم مكونات هذه الوجبة من حيث مدى توفر العناصر الغذائية بها، ومدى مراعاتها للشروط الصحية، كما لاحظ الدارس أن قاعة الطعام الموجودة بالمركز غير مناسبة لتناول الأطفال لطعامهم بها، لذا فإن الشخص الذي يكون برفقة الطفل هو من يختار المكان الذي يتناول فيه الطفل طعامه، والذي غالبًا ما يكون بهو الاستقبال أو أحد غرف المركز. لاحظ الدارس أن هناك مشكلات كبيرة وصعوبات بالغة تواجه عملية تغذية الأطفال المعاقين بالمركز ، فبعض الأطفال لديهم صعوبة تحكم بحركات الجسم مما يجعل من الصعب إطعامهم، بالإضافة إلى أن أطفال آخرين يرفضون الإقبال على الطعام، كما لاحظ الدارس أن القائمين على إطعام هؤلاء الأطفال يبذلون جهودًا كبيرة لتشجيع الطفل على الأكل، ولكنها غالبًا ما تكون جهودًا عشوائية غير مخطط لها، لذا فهم يشعرون بالإحباط لعدم تجاوب الطفل معهم، مما يؤدي إلى مخاطر عدم تلقي الطفل للمساندة الضرورية لتناول طعامه والذي ينعكس بدوره على نموه وحالته الصحية.

كما لاحظ الدارس أن بعض الأطفال الملتحقين بمركز الأمل للتدخل المبكر يظهر عليهم الشحوب وضعف البنية الجسمية، مما قد يعتبر مؤشر لنقص وسوء التغذية لديهم، ويؤكد ذلك ما أشارت إليه بعض الدراسات من أن الأطفال المعاقين لا يطورون مهارات الأكل بسهولة أو بصورة طبيعية، فقد توصلت إحدى الدراسات التي أجريت على (١٢٠) طفلاً تحت عمر السادسة ممن يعانون من الشلل الدماغي، أن انعدام الشهية لديهم بلغ (٣٨,٣%)، وصعوبة البلع (١٩,٢ %) والاختلال الوظيفي في التغذية (٢١,٧%)، كما أن أكثر من ربع هؤلاء الأطفال يعانون من ضعف التغذية، بالإضافة إلى أن جميعهم في حاجة إلى المزيد من الوقت لتناول وجبات الطعام.(١) كما أشارت دراسة أخرى إلى أن الأطفال الصم يعانون من اضطرابات في التغذية وسلوك الأكل بنسبة مرتفعة تصل إلى (٤٢%) (٢)،

---

(1)GultenErkin& Others ," Feeding and gastrointestinal problems in children with cerebral palsy", International Journal of Rehabilitation Research, September 2010 - Volume 33 - Issue 3 - pp 218-224.

(٢) عبد الفتاح رجب مطر، اضطرابات الأكل لدى العاديين والمعاقين: اتجاهات حديثة، تقديم فاروق محمد صادق، الإسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، ٢٠٠٨م، ص ص ١٣٤ – ١٣٥.

أما نسبة انتشار اضطراب سلوك الأكل لدى الأطفال المتخلفين عقليًا فقد بلغ (٦٤,٤ %)، ما بين اضطراب شديد وشديد جدًا.[١]

مما سبق يتضح أن الأطفال المعاقين أكثر عرضة لنقص التغذية عن غيرهم من الأطفال العاديين، مما ينتج عنه الكثير من المشكلات التي قد تعوق تنشئتهم الاجتماعية، حيث يؤدي نقص التغذية – الافتقار الشديد أو المزمن للعناصر الأساسية الذي يؤدي إلى طول أو وزن دون المستوى الطبيعي – إلى إضعاف عملية النمو، ولنقص التغذية آثار سلبية على النمو المعرفي الذي يتضمن اكتساب المهارات اللغوية في الأجل القصير وفي مرحلتي المراهقة والرشد على حد سواء وكذلك على النمو الحركي، والنمو الاجتماعي العاطفي.[٢]

ولما كان لنقص التغذية آثار خطيرة على عملية التنشئة الاجتماعية للطفل فإن الدراسة الحالية ترى أنه بإمكان مراكز التدخل المبكر أن تقوم بدور فاعل في توفير التغذية الملائمة للأطفال المعاقين، وذلك بانضمام أخصائي التغذية لفريق التدخل المبكر العامل بهذه المراكز، حتى يمكن تصميم وتنفيذ برامج للتدخل المبكر تضمن الجمع بين توفير التغذية المناسبة لهؤلاء الأطفال وتوفير الحفز المعرفي والنفسي والاجتماعي لهم، ويتفق ذلك مع ما أشارت إليه دراسة (*Cindy Baranoski& Others 2011*) التي أكدت على ضرورة وجود أخصائي التغذية ضمن أي برنامج للتدخل المبكر، حتى يمكن توفير الرعاية والتغذية المثلى للأطفال المعاقين.[٣]

كما أن عمليات التدخل التي تجمع بين الجانب الغذائي والجانب التربوي يمكن أن تلقى نجاحًا لا تلقاه عمليات التدخل التي تركز على عنصر التغذية وحدها فقد أظهرت الدراسات التي أجريت في كل من (غواتيمالا) و (فيتنام) أن تأثير الطرود الغذائية كان أوسع نطاقًا وأطول أجلاً لدى الأطفال الذين يتلقون قدرًا كافيًا من الحفز المعرفي، وينطوي هذا الأمر على حقيقة مهمة مفادها أنه في الحالات التي تشيع فيها المشكلات الصحية أو الغذائية، فإنه يكون لعمليات

---

(١)المرجع السابق، ص ٤٨.

(2) Nicholas Burnett &Others ,strong foundations: early childhood care and education , education for all global monitoring report 2007, Op.Cit.,P.110.

(3)Cindy Baranoski&others , "Nutrition Practice in the Early Intervention System: Illinois", ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition, June 2011; vol. 3,N. 3: pp. 133-139.

التدخل التربوية أهمية تماثل أهمية عمليات التدخل الصحية في تنشئة الأطفال، نظرًا لارتباط الصحة بالتغذية من جهة وارتباط هذين العنصرين بتنشئة الطفل وتعليمه من جهة ثانية.(١)

لذا كلما كان الاهتمام بحالة الطفل الصحية والغذائية والتنموية مبكرًا كلما كان ذلك أفضل، فيعتبر سوء التغذية خلال السنوات الأولى من حياة الطفل عاملاً مؤثرًا جدًا على النمو العقلي والذي يصعب إصلاحه بعد ذلك مهما تحسنت مستويات التغذية، كما أن هؤلاء الأطفال الذين حرموا التغذية السليمة لا يمكن لهم أن يصلوا إلى مستوى نموهم الكامل في مستقبل حياتهم.

كما يجب أيضًا الاعتراف بأنه إذا كان التدخل سيجري بعد سن الثالثة فقد يكون هناك حدود لما يمكن تحقيقه من حيث التغلب على أوجه القصور القائمة بالفعل والناجمة عن سوء التغذية والمرض والإعاقة، أما إذا وفرت الرعاية الكافية – لاسيما فيما يتعلق بالتغذية والتحفيز – في السنوات الثلاث الأولى، فيمكن حينئذ أن تحقق برامج التدخل المبكر نتائج إيجابية على المدى الطويل، ولكن دون وجود قاعدة صلبة في السنوات الأولى، فإن فاعلية هذه البرامج ستكون محدودة.(٢)

- المهارات الحركية : *Motor skills*

أن النمو الحركي يمثل للطفل عاملا أساسيًا مهمًا للتنشئة الاجتماعية حيث يبدأ النمو الحركي عند الطفل قبل أن يولد، بمعنى أنه يتحرك وهو جنين في رحم الأم، ثم يستمر منذ أن يولد في التحرك، ويتدرج بعد ذلك من الانبطاح إلى الوقوف ثم إلى المشي، وكلما تقدم العمر بالطفل حلت الحركات الاختيارية محل الحركات الفطرية، والنمو الحركي له علاقة بمظاهر النمو الأخرى وأن كان أبرزها نمو القدرة على التعلم.(٣)

فالحركة إحدى الدوافع الأساسية للإنسان، فعن طريقها يبدأ الطفل منذ حياته الأولى في التعرف على العالم المحيط به. وهذا الميل الطبيعي للحركة هو إحدى طرق التعلم، فالطفل يتعلم من خلال الحركة، وإذا كانت الحركة هي وسيلة الطفل ليكتشف العالم المحيط به فإن الحركة عبارة عن

---

(1)Nicholas Burnett &Others ,strong foundations: early childhood care and education , education for all global monitoring report 2007, Op.Cit.,P.111.

(2)Judith L.Evans& Others, Early childhood counts: A programming Guide on early childhood care for Development, Op.Cit.,P.18.

(٣)عباس محمود عوض،المدخل إلى علم نفس النمو:الطفولة – المراهقة –الشيخوخة،مرجع سابق،ص ٧١.

مدخل وظيفي لعالم الطفولة، ووسيط تربوي فعال لتحسين وتطوير النمو المعرفي والاجتماعي للطفل في سنوات طفولته، فالتعلم من خلال الحركة ليس قاصرًا على تعلم الحركة، أو أن تكون الحركة هدف التعلم فحسب بل أن تكون الحركة الوسيلة التي من خلالها يتم تحقيق النمو السليم المتكامل للطفل من جميع الجوانب.

ولما كانت اضطرابات النمو الحركي تعتبر علامة مميزة لحالات الإعاقة العقلية والبصرية والإعاقة الحركية والجسمية والسمعية وغيرها [(١)]، فإن الأنشطة الحركية تمثل للطفل المعاق أهمية بالغة في تنشئته الاجتماعية، فمن خلالها يتدرب على استخدامات جسمه، ويتعلم التوازن والسيطرة ويكتسب المرونة، كما أن التناسق بين العقل والجسم يتطور بصورة مضطردة، ومن خلالها يكتسب الطفل الثقة بالذات والشعور بالإنجاز، وإن كل هذه الأمور تعتبر هامة بالنسبة للطفل المعاق لأنها تساعد على إدماجه في المجتمع، كما أن "هناك اتفاق على أن جميع الأطفال المعاقين بغض النظر عن شدة إعاقتهم يستفيدون من برامج التربية الحركية".[(٢)]

وبدراسة واقع تنمية المهارات الحركية للأطفال المعاقين بمركز الأمل للتدخل المبكر، لاحظ الدارس أن كل من أخصائي العلاج الطبيعي وأخصائي العلاج الوظيفي هما المسئولان عن تدريب الأطفال الذين يعانون من صعوبات حركية سواء أكانت هذه الصعوبات مرتبطة بمشكلات في الجهاز العصبي المركزي (المخ،الحبل الشوكي)، أو مرتبطة بمشكلات في الجهاز العضلي(العظام، العضلات المفاصل)، كما لاحظ الدارس أن أخصائي علاج النطق قد يشارك في تدريب بعض الأطفال المعاقين على المهارات الحركية المرتبطة بالفم.

كما لوحظ أن أخصائي العلاج الطبيعي بالمركز يقوم بتدريب الأطفال على المهارات الحركية الأساسية، بينما يقوم أخصائي العلاج الوظيفي بتدريب الأطفال على المهارات الحركية الدقيقة، "حيث غالبًا ما تصنف المهارات الحركية إلى مهارات حركية دقيقة *Fine Motor Skills*، ومهارات حركية كبيرة أو أساسية *Gross Motor Skills*

---

(١) فاروق محمد صادق،" التوازن بين المدخل الطبي والمدخل التربوي في رعاية أطفال متلازمة داون " ندوة الإعاقات النمائية – قضاياها النظرية ومشكلاتها العملية ، البحرين، جامعة الخليج العربي، ٢٤ – ٢٦ إبريل، ٢٠٠٠م، ص ٣١.

(٢) جمال الخطيب منى الحديدي، التدخل المبكر: مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، مرجع سابق، ص ٢٨٣.

وذلك وفق حجم العضلات المشتركة في أداء الحركة، فالمهارات الدقيقة هي تلك المهارات التي تشترك في أدائها مجموعات العضلات الدقيقة التي تتحرك خلالها بعض أجزاء الجسم في مجال محدود لتنفيذ استجابة دقيقة في مدى ضيق للحركة، وكثيرًا ما تعتمد هذه المهارات على التوافق العصبي العضلي بين اليدين والعينين، أما مهارات العضلات الكبيرة فتستخدم في تنفيذها مجموعات العضلات الكبيرة، وقد يشترك الجسم كله أحيانًا في تنفيذها".(١)

وعند سؤال أخصائي العلاج الطبيعي عن المهارات الحركية التي يحرص على تدريب الأطفال عليها أجاب: "بأن هناك الكثير من المهارات الحركية والتي قد تختلف باختلاف الأطفال، إلا أن معظم هذه المهارات متسلسلة ومترابطة، لذا فمن المهم عند تنفيذ البرنامج التدريبي للطفل أن يتم الانتقال من مهارة إلى أخرى بشكل تدريجي متسلسل، فعلى سبيل المثال قبل أن ندرب الطفل على المشي، يجب أن ندربه على الوقوف، وقبل أن ندربه على الوقوف يجب أن ندربه على الجلوس ولا يستطيع الطفل الجلوس قبل أن يتمكن من رفع رأسه والتحكم به... وهكذا".

وعند سؤال أخصائي العلاج الطبيعي عن الطرق التي يتبعها في إكساب الأطفال هذه المهارات، أجاب: "بأن كل طفل حالة متفردة، فلكل طفل ظروفه الخاصة من حيث العمر ونوع الإعاقة ودرجتها، وكذلك قدراته الجسمية والصحية والعقلية، بل ومدى تعاون الوالدين ومتابعتهما لتدريبه في المنزل، فعلى سبيل المثال يتمكن الطفل العادي وبعض الأطفال المعاقين من رفع الرأس والتحكم به خلال الأشهر الأولى من العمر، إلا أن هناك بعض الأطفال المعاقين قد يبلغون من العمر عامين أو أكثر، ومع ذلك يتأخر لديهم تطور التحكم بالرأس، مما قد يتطلب تدريبهم على ذلك قبل محاولة مساعدتهم على الجلوس والزحف والمشي، ولكي نقوم بذلك هناك العديد من الطرق والأساليب، والتي تختلف باختلاف حاجات الأطفال وقدراتهم، وبعد أن يصبح الطفل قادرًا على التحكم برأسه بشكل جيد تكون الخطوة التالية عادة هي تدريبه على الاستدارة أو الالتفات، وتستدعي الاستدارة الالتواء بالجسم

---

(١) إيمان زكي محمد أمين، " فعالية برنامج مقترح باستخدام الألعاب الاجتماعية والألعاب الحركية في تنمية المهارات الاجتماعية والمهارات الحركية لأطفال الروضة (٥ – ٦) سنوات "، مجلة القراءة والمعرفة، كلية التربية، جامعة عين شمس، العدد (٦٦)، ٢٠٠٧م، ص ٢٥.

والرأس إلى الجانبين، ويجب أن يتعلم الطفل ذلك حتى يستطيع الزحف فيما بعد، ثم تدريبه على الوقوف ثم المشي...وهكذا".

وقد توصل الدارس إلى أن الطرق التي يتبعها أخصائي العلاج الطبيعي تتفق مع ما أشارت إليه الدراسات من أن "هناك مهارات كثيرة لا يستطيع الطفل تعلمها إلا بعد تعلم مهارات أخرى متصلة بها ولكنها أبسط منها، وتتكون بعض المهارات من اندماج مهارتين أو عدة مهارات أبسط على أن يتعلم الطفل كلاً منها على حده قبل أن يتمكن من جمعها معًا، أي يجب تعلم هذه المهارات في (تعاقب التطور) وهذا يعني تسلسلاً يتبعه الطفل عادة في تطوره، حيث يتعلم المهارات البسيطة أولاً، ثم يبني عليها المهارات الأصعب أو يضيف إليها مهارات أخرى".(١)

وأثناء ملاحظة الدارس لجلسات العلاج الطبيعي لاحظ أن أخصائي العلاج الطبيعي يبدأ الجلسة عادة بمحاولة كسب ثقة الطفل، وبناء علاقة جيدة معه، حيث أن بعض الأطفال يتضايقون من الانفصال عن والديهم، وتظهر عليهم علامات الخوف من الغرباء، فيطلب الأخصائي من الأم أن تضع الطفل على بساط التمرين، ثم يستخدم لعبة معينة يكون الطفل قد ارتبط بها من جلسات سابقة مما يشعر الطفل بالسعادة والراحة عند رؤيتها، وأخيرًا يمسك الأخصائي الطفل بنفسه ويحركه لملاحظة رد فعله على وضعيات معينة، فإذا استجاب الطفل بسهولة وبدا مستريحًا أثناء التدريب يبدأ الأخصائي في إكسابه الحركات الجديدة.

وقد لاحظ الدارس أن أخصائي العلاج الطبيعي يبحث عن الوضعيات التي يحبها الطفل ويكثر من استخدامها، أما الوضعيات التي لا يحبها الطفل فيدخل فيها بعض التعديلات بشكل تدريجي حتى يتقبلها الطفل كأن يستخدم الكرات والمساند والألعاب بأنواعها المختلفة لمساعدة الطفل في الوصول إلى الأهداف الحركية ، كما لوحظ أن أخصائي العلاج الطبيعي يقوم بتشجيع الطفل دائمًا، كما أنه يستخدم قدرًا كبيرًا من التكرار لمساعدة الطفل على تحسين مهاراته.

أما فيما يتعلق بالمهارات الحركية الدقيقة، فقد لاحظ الدارس أن أخصائي العلاج الوظيفي هو المختص بإكساب الأطفال المعاقين بالمركز تلك المهارات فهو يعمل على علاج مشاكل قوة العضلات ومرونتها، حيث تمنع هذه المشكلات

---

(١) كريستين مايلز، التربية المختصة: دليل لتعليم الأطفال المعوقين عقليًا، ترجمة عفيف الرزاز، وآخرون، بيروت: ورشة الموارد العربية، ١٩٩٤م، ص ١٩.

الطفل من استخدام يديه وذراعيه بكفاءة، بالإضافة إلى تنمية العديد من المهارات الحركية الدقيقة كمهارات اليد لمسك الأشياء والتعامل معها، ومهارات التناسق بين العين واليد، ومهارات اللعب، وغيرها من المهارات الأخرى.

وأثناء ملاحظة الدارس لجلسات العلاج الوظيفي لاحظ أن أخصائي العلاج الوظيفي يعتمد على الأدوات والألعاب في إكساب الأطفال المهارات المختلفة، ومن هذه الأدوات: المكعبات، الخرزات الخشبية، قطع بازل، الحلقات البلاستيكية البراغي المعدنية، الأشكال الهندسية، وإلى غير ذلك من الأدوات التي يحتاجها الأطفال المعاقون لتطوير مهاراتهم الحركية الدقيقة.

كما لاحظ الدارس أن عمل أخصائي العلاج الوظيفي لا يقتصر فقط على تطوير مهارات الطفل في استخدام عضلات الأصابع واليدين، فقد لاحظ الدارس في إحدى الجلسات العلاجية أن أخصائي العلاج الوظيفي يتعاون مع أخصائي علاج النطق في تنمية المهارات الحركية لفم طفل مصاب بالشلل الدماغي يبلغ من العمر ثلاث سنوات، وعند سؤالهما عن تلك المهارات كانت الإجابة: بأن هذا الطفل لا يزال يعتمد في تغذيته على زجاجة الرضاعة، وذلك بسبب التأخر في تدريبه على تناول الطعام، فالطفل يعاني من مشكلات حركية تضم صعوبة السيطرة على حركة الفك واللسان والشفتان ناتجة عن ضعف العضلات، لذا نحاول مساعدة الطفل في السيطرة على مشاكله في تناول الطعام من خلال تدريب هذه العضلات لزيادة قوتها بحيث تصبح أقرب ما يمكن إلى المستوى الطبيعي حتى يستطيع مضغ الطعام وبلعه.

أما فيما يتعلق بإرشاد أسر الأطفال المعاقين فقد لاحظ الدارس أن كلاً من أخصائي العلاج الطبيعي، وأخصائي العلاج الوظيفي يقدم العديد من التوجيهات والنصائح للأمهات والآباء الذين يحضرون جلسات التدريب مع أطفالهم بل وفي أحيان كثيرة يشترك الوالدان في تدريب الطفل على بعض المهارات الحركية ، ففي إحدى الجلسات لاحظ الدارس أن أخصائية العلاج الطبيعي تدرب إحدى الأمهات على طريقة حمل طفل يبلغ من العمر (١١) شهرًا، يعاني من تخلف عقلي شديد، وعندما استفسر الدارس عن أهمية ذلك، أفادت الأخصائية: "بأن الطفل يحتاج إلى أن يحمل بطريقة تجنبه التشوهات العضلية، وتوفر له الدعم والسيطرة اللذان يفتقر إليهما، لذا يجب أن يحمل بطريقة تضمن له تناسق صحيح بين أجزاء جسمه، أي أن يكون عموده الفقري مستقيمًا وغير معوج، وأن يكون رأسه مرتكزًا على استقامة واحدة مع عموده الفقري، وأن يكون كتفاه في مستوى واحد علاوة على ذلك فإن حاجة

هذا الطفل لأن يحمل لفترة أطول من الفترة التي يحتاجها الطفل العادي يتطلب من أمه أن تتعلم حمله بطرق تقلل الضغط والتوتر على ظهرها إلى أقصى حد ممكن".

وعلى الرغم من أهمية حضور الوالدين أو أحدهما لجلسة العلاج الطبيعي أو الوظيفي إلا أن الدارس لاحظ أنه في كثير من الأحيان تحضر الخادمة فقط مع الطفل، مما يفوت على الوالدين فرصة كبيرة للتدرب على مساعدة أطفالهم على اكتساب العديد من المهارات الحركية، وتقول إحدى الأمهات في إفادتها: " أنني حريصة على حضور جلسات العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي مع ابني، فأنا لا أرسله مع الخادمة كما تفعل بعض الأمهات هنا، وذلك لأنني أراقب الأخصائي وهو يدرب ابني، واستمع إلى نصائحه وتوجيهاته، وعندما أعود إلى البيت أقوم بتدريب ابني على نفس المهارات، وأنا سعيدة جدًا بذلك لأنني ألاحظ أن ابني يتعلم ويتطور، وأصبح أفضل من ذي قبل بكثير".

وتجدر الإشارة إلى أنه نظرًا لعدم توفر معلم تربية بدنية ضمن العاملين بمركز الأمل للتدخل المبكر، جعل أخصائي العلاج الطبيعي هو المسئول الوحيد عن تدريب الأطفال المعاقين الملتحقين بالمركز على المهارات الحركية الأساسية، وهذا بدوره جعل التدريب على هذه المهارات يقتصر على الأطفال الذين يعانون من إعاقات حركية ظاهرة، مما أدى إلى حرمان الأطفال المعاقين الذين لا تكون الإعاقة الحركية هي السمة المميزة لهم من تلقي أي تدريب على المهارات الحركية الأساسية على الرغم من أهميتها في عملية تنشئتهم الاجتماعية.

فعلى سبيل المثال لاحظ الدارس أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد *children with autism spectrum disorders (ASD)* لا يتلقون أي تدريب على المهارات الحركية الأساسية بالمركز، على الرغم من أن الدراسات تشير إلى أن تدريب هذه الفئة من الأطفال على المهارات الحركية الأساسية شرط أساسي لنجاح أي برنامج للتدخل المبكر يقدم لهم.(١)

كما ينطبق ذلك على الأطفال المعاقين بصريًّا، فتبين الدراسات أن الأداء الحركي للأطفال المعاقين بصريًا أضعف من أداء الأطفال المبصرين،

---

(1)Meghann Lloyd &others ," Motor skills of toddlers with autism spectrum disorders" , Autism, 1362361311402230, first published on May 24, 2011

وأن الأداء الحركي للأطفال الذين ولدوا مكفوفين أضعف من أداء الأطفال الذين فقدوا بصرهم في مرحلة ما من مراحل حياتهم. وذلك أمر صحيح سواء فيما يتعلق بالمهارات الحركية الدقيقة، أو المهارات الحركية الكبيرة. فبالنسبة للمهارات الحركية الدقيقة، تبين الدراسات أن بعض المهارات تتطور ببطء لدى الأطفال المعاقين بصريًّا لافتقارهم للدافعية لممارسة تلك المهارات بسبب عدم قدرتهم على رؤية الأشياء. وبالنسبة للمهارات الحركية الكبيرة، يظهر لدى الأطفال المعاقين بصريًّا تأخر في الزحف والوقوف والمشي والقفز والرمي، وذلك يعود إلى نقص الدافعية لديهم للتنقل، والحماية الزائدة التي يمارسها الآباء ومحدودية النشاطات الاستكشافية.(١)

وبناءً على ما سبق يعد اهتمام مراكز التدخل المبكر بتدريب جميع الأطفال المعاقين على المهارات الحركية شرطًا أساسيًا لتنشئتهم التنشئة الاجتماعية السليمة، فالأطفال الذين يكتسبون تلك المهارات يتمتعون بوضعيات أفضل، ونمو عضلي أكثر توازنًا، وقدرات أفضل في ممارسة المهارات الاستقلالية كتناول الطعام، وارتداء الملابس، واستخدام المرحاض، علاوة على ذلك تشجعهم هذه المهارات على استكشاف وتجربة النشاطات التي ربما لم يتمكنوا من ممارستها قبل تدربهم عليها، فقد يستطيع الطفل اللعب بلعبة معينة بعد أن تدرب على استخدام يديه في الإمساك بالأشياء. كما تعطي برامج التدريب على المهارات الحركية الأبوين معلومات قيمة حول طرق مساعدة الطفل المعاق في الاستغلال الأقصى لقدراته، مما يجعل الأبوين أنفسهما داعمين لتدريب طفلهما في البيت على إجراء تمارين خاصة تعمل على تطوير مهاراته الحركية.

- مهارات اللغة والتواصل: *Language and communication skills*

قبل تناول الدراسة لواقع مجال مهارات اللغة والتواصل بمركز الأمل للتدخل المبكر كان من الضروري توضيح الفرق بين هذه المفردات، فالتواصل: هو عملية تبادل المعارف والآراء والمشاعر من خلال اللغة اللفظية أو غير اللفظية أما اللغة: فهي طريقة في التواصل مستندة إلى قواعد

(١) جمال الخطيب منى الحديدي، التدخل المبكر: مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، مرجع سابق، ص ص ١٣٤ -١٣٥.

وتتضمن الفهم واستعمال الإشارات والرموز لعرض الأفكار، أما الكلام: فهو إنتاج صوتي للغة.[١]

وبذلك فإن الكلام يختلف عن اللغة، فالكلام من الناحية الفنية عملية إنتاج الأصوات وربطها ببعضها لتكوين كلمات تستخدم لغرض التواصل، أما اللغة فتعني أي مجموعة من الكلمات المنطوقة أو الرموز المكتوبة أو الإشارات التي يستخدمها شخص معين للتواصل مع شخص آخر، وبذلك فإن اللغة قد تكون لفظية أو غير لفظية، فالكلام هو اللغة اللفظية، بينما لغة الإشارة للصم والتي تعتمد على الإشارات، ولغة برايل للمكفوفين والتي تعتمد على الرموز هي لغات غير لفظية.

وتعد اللغة والحديث أو التخاطب بمثابة أدوات يتم استخدامها في التواصل. ويتطلب هذا التواصل من جانب آخر: التشفير *Encoding* أي إرسال رسالة بشكل مفهوم، وفك الشفرة *Decoding* أي استقبال الرسالة وفهمها، ولذلك فإنه يتطلب وجود مرسل، ومستقبل، ورسالة، بحيث يقوم المرسل بإرسال رسالة معينة إلى المستقبل الذي يتمكن من استقبالها وفهمها والرد عليها، هذا وتعتبر اللغة هي عملية التواصل بالأفكار أي عن طريق إرسال الأفكار المختلفة واستقبالها، وذلك من خلال نسق عفوي للرموز يتم استخدامه وفقًا لقواعد محددة تحدد المعنى. وتعرف عملية تشفير أو إرسال الرسائل بأنها اللغة التعبيرية، أما فك شفرة الرسائل أو فهمها فتعرف باللغة الاستقبالية.[٢]

ويعتبر اكتساب الطفل للغة بنوعيها التعبيرية والاستقبالية شرط أساسي لتنشئته الاجتماعية، فاللغة مرآة الفكر ووسيلة المعرفة، والطريق الأساسي للتفاهم مع الآخرين، ولذلك فهي انعكاس للهوية والعقل الجمعي لأنها ليست أداة تخص واحدًا بعينه، ولكنها هبة الجماعة لكل فرد من أفرادها، واللغة تعني تطور القدرة على استخدام مجموعة من الأصوات والرموز تدل على الأشياء بما تتضمنه من أحداث ومشاعر، فاللغة هي وسيلة الطفل للتعبير وهي أداة لتنظيم وتفسير المعلومات التي تم الحصول عليها عن طريق الحواس.[٣]

---

(١) إبراهيم فرج الزريقات، اضطرابات الكلام واللغة: التشخيص والعلاج ،عمان: دار الفكر،٢٠٠٥م ص ١٨.

(٢) دانيال. ب. هالاهان، جيمس.م. كوفمان، سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم: مقدمة في التربية الخاصة، مرجع سابق، ص ٤٨٥.

(٣) ثائرة شعلان، " الطفولة المبكرة واللغة "، وثائق ودراسات مؤتمر لغة الطفل العربي في عصر العولمة، ١٧ -١٩ فبراير ٢٠٠٧م، القاهرة: دار العلوم للنشر والتوزيع، ٢٠٠٨، ص ٥٨٦.

ولما كانت اللغة من ضروريات التواصل الإنساني، ومن أساسيات التفكير كان اكتساب مهارات اللغة والتواصل حاجة ملحة للطفل العادي والمعاق على حد سواء، فالعديد من الأطفال المعاقين قد يتعرضون لاضطرابات التواصل مما يجعلهم في حاجة إلى تدريب مباشر وجهود منظمة لمساعدة كل طفل منهم في تحقيق الأهداف اللغوية الخاصة به، "وتأخذ اضطرابات التواصل التي قد يتعرض لها هؤلاء الأطفال شكلين أساسيين هما اضطرابات اللغة واضطرابات الكلام، وتتمثل اضطرابات اللغة في ضعف أو غياب القدرة على التعبير عن الأفكار أو تفسيرها وفقًا لنظام رمزي مقبول بهدف التواصل، أما اضطرابات الكلام فهي تتمثل في ضعف القدرة الفسيولوجية على تشكيل الأصوات بشكل سليم ومن ثم استخدام الكلام بشكل فعال".(١)

وبدراسة واقع تنمية مهارات اللغة والتواصل لدى الأطفال المعاقين بمركز الأمل للتدخل المبكر، وجد الدارس أن هناك تفاوت كبير في قدرات الأطفال المعاقين في هذا المجال، وفيما يلي سوف يتناول الدارس أهم هذه الملاحظات:

لاحظ الدارس أن الأطفال المعاقين سمعيًّا يَبْدون أطفالاً عاديين في مظهرهم الخارجي، فنقص قدرتهم على السمع أو فقدها لا تلفت النظر نحوهم، فهم يتحركون في المركز بطريقة أقرب ما تكون إلى العادية، لذا فهم لا يلفتون النظر إليهم مثل غيرهم من الأطفال ذوي الإعاقات الظاهرة، إلا أنهم يعانون من صعوبات كبيرة في التواصل مع المحيطين بهم، فمن أكبر الآثار السلبية التي تظهر على الأطفال المعاقين سمعيًّا هو عدم قدرتهم على نطق الكلمات، وذلك للتأثير الواضح للإعاقة السمعية على اضطرابات النطق.

ويؤكد تلك الملاحظات ما أشارت إليه الدراسات من أن النمو اللفظي لدى الأطفال المعاقين سمعيًّا يتأثر نتيجة عدم حصول الطفل على تغذية راجعة مناسبة في مرحلة المناغاة، فالطفل السامع عندما يقوم بالمناغاة يسمع صوته وبذلك يتلقى تغذية راجعة فيداوم على المناغاة، أما الطفل المعاق سمعيًّا فلا يتحقق له ذلك. كما أن الطفل المعاق سمعيًّا لا يحصل على إثارة سمعية كافية أو على تعزيز لفظي من الراشدين، مما يؤدي إلى عدم حصول الطفل على نموذج لغوي مناسب لكي يقوم بتقليده، لذا فإن الأطفال المعاقين

---

(١) جمال الخطيب منى الحديدي، التدخل المبكر: مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، مرجع سابق، ص ١١٩.

سمعيًّا ينمون وهم يعانون من صعوبات في النطق أو أخطاء في الكلام وعدم اتساق في نبرات الصوت.[1]

وتجدر الإشارة إلى أن الأطفال ذوي الإعاقة ينقسمون إلى الصم وضعاف السمع، فالأصم *Deaf* هو الشخص الذي فقد القدرة على السمع سواء قبل الولادة أو بعد الولادة مباشرة أو قبل عمر السنتين لدرجة احتياجه إلى أساليب تعليمية تمكنه من التواصل والفهم بطريقة غير لفظية، أو هو الشخص الذي لا يمكنه سمعه من فهم الكلام، والفقد السمعي شديد لديه بحيث لا يتمكن من فهم الكلام خلال الأذن فقط، وهو الشخص الذي يعتمد على حاسة البصر لفهم اللغة والتواصل. أما ضعاف السمع *Hard of Hearing* فإنهم الأفراد الذين يستطيعون سماع وفهم الكلام من خلال استخدام معين سمعي حيث أن لديهم درجات من بقايا السمع وعمومًا فإن كلاً من ذوي الصمم الكلي أو ذوي الصمم الجزئي (ضعاف السمع) يطلق عليهم المعاقون سمعيًّا في الإطار التربوي والذين يحتاجون إلى خدمات التدخل المبكر بغرض تعلم وفهم اللغة والكلام في حدود قدراتهم الخاصة.[2]

فالإعاقة السمعية تترك أثرًا سلبيًّا واضحًا على الطفل وعلى جوانب شخصيته المختلفة بشكل عام عقليًّا وانفعاليًّا واجتماعيًّا ولغويًّا وحركيًّا، مما يجعله في حاجة إلى تعلم طرق وأساليب خاصة أو بديلة للتواصل كي يتغلب جزئيًّا على تلك الآثار الناجمة، ويصبح أيضًا في حاجة إلى برامج خاصة يتمكن بموجبها من تعلم ما يساعده ولو جزئيًّا على العيش في جماعته، والإبقاء على قدر مناسب من التفاعل والتواصل معها.

وقد لاحظ الدارس أن أخصائي علاج النطق هو الذي يقوم بتدريب الأطفال المعاقين سمعيًّا الملتحقين بالمركز على مهارات اللغة والتواصل، وعند سؤاله عن طرق التواصل التي تستخدم مع الأطفال المعاقين سمعيًّا فأجاب:" أنني استخدم طرق عديدة لتدريب الأطفال المعاقين سمعيًّا، ولكن أهم هذه الطرق هي الطريقة الشفهية والتي تشمل تعليم الطفل أن يفهم وأن يتكلم مستعينًا بما تبقى لديه من سمع وبقراءة الشفاه، كما أنني استخدم أحيانًا طرق بديلة للتواصل كالتأشير إلى لوحات الصور، وهناك طريقة الإشارة، وفيها يتم تعليم الطفل استخدام لغة الإشارة للتعبير عن أفكاره ولفهم الرسائل التواصلية

---

(١) يوسف القريوتي، وآخرون، المدخل إلى التربية الخاصة ، مرجع سابق، ص ص ١٠٦ -١٠٧.

(٢)خالد عوض حسين البلاح ، الاضطرابات النفسية لذوي الإعاقة السمعية – في ضوء التواصل الإسكندرية : دار الجامعة الجديدة ،٢٠٠٩ ، ص ٣٢.

الموجهة إليه، ولكن لا أستخدم هذه الطريقة مع الأطفال لأنني لا أفضلها كما أنها لا تناسب أعمارهم، إلا أن ذلك لا يعني استخدام كل هذه الطرق مع كل طفل، بل يجب أن نختار الطريقة المناسبة لاحتياجات الطفل لمساعدته على الاتصال بالسهولة والسرعة الممكنة".

وقد لاحظ الدارس أخصائي علاج النطق وهو يحاول إكساب طفل يعاني من ضعف شديد في السمع بعض الأصوات مستخدمًا طريقة الاتصال الشفهي فكان يقوم بتدريب الطفل على ضغط شفتيه إحداهما إلى الأخرى كما لو كان يقول (م مممم م)، أو يدورهما كما القول (أ و ووو و)، أو أن يمد فمه من الجانبين كما لو كان يبتسم ويقول (إ ي ييي ي)، وكان يكرر هذه الأصوات للطفل، وأثناء التدريب كان الأخصائي يمسك بيد الطفل ويضعها على شفتيه ليتحسسها أو يجعل الطفل يحس بحركة الهواء أمام فمه عند نطق هذه الأصوات، وبعد ذلك كان الاختصاصي يقف خلف الطفل ووجه كلاً منهما للمرآة ثم يقوم بتكرار هذه الأصوات ويشجع الطفل على نطقها وترديدها بعده.

وبالرغم من أهمية هذه التدريبات إلا أنها تقتصر على الطريقة الشفهية في التدريب، وذلك لتفضيل أخصائي علاج النطق لها على لغة الإشارة، إلا أن الدارس يختلف مع أخصائي علاج النطق في تفضيله للاتصال الشفهي على لغة الإشارة، ويرجع ذلك إلى أن الاقتصار على الاتصال الشفهي (قراءة الشفاه والكلمات المنطوقة) غالبًا ما تكون نتائجه مخيبة للآمال أو حتى مؤذية وخصوصًا بالنسبة للطفل الذي وُلِدَ أصمًّا، وفي أحسن الأحوال فإن قراءة الشفاه تخلق الكثير من المشاكل.

فتشير الدراسات إلى أن قارئ الشفاه الماهر يمكنه أن يفهم حوالي ٤٠ – ٥٠ بالمئة من كلمات المتحدث، وعليه أن يتكهن بالبقية (وعلى سبيل المثال فإن كلمتي "ماما" و "بابا" تلفظان بشكل واحد تمامًا بالشفاه)، وحتى لو تعلم الطفل بعض قراءة الشفاه والكلام فإن كلماته كثيرًا ما لا تكون واضحة وتبدو غريبة. ونتيجة لذلك فإن الطفل كثيرًا ما يفضل عدم التكلم عندما يكبر. والمشكلة الأكبر في تعليم الاتصال الشفهي دون غيره، هي أنه يبطئ تطور الطفل اللغوي في السن التي يكون فيها تعلم الأطفال للغة أسرع (١-٧ سنوات)، وفي العادة، فإن الطفل الأصم في سن (٥ – ٦ سنوات) لا يتعلم أن يتكلم أو يقرأ بالشفاه سوى (٥ -١٠ كلمات). وفي ذلك العمر نفسه يمكن للطفل نفسه أن يكون قد تعلم بسهولة ما يزيد على ٢٠٠٠ إشارة، أي ما يعادل

عدد الكلمات التي يكون قد تعلمها طفل غير أصم. كما أظهرت الدراسات أن الأطفال الصم الذين يتعلمون استخدام الإشارات والإيماءات يمكنهم إقامة الاتصال بسهولة أكبر وفي وقت أبكر وبشكل أكمل من أولئك الذين لا يتعلمون إلا الاتصال الشفهي، ومن الناحية العملية فإن تعلم الطفل لغة الإشارة وأشكال الاتصال الأخرى أولاً يجعل من الأسهل عليه تعلم الكلام وقراءة الشفاه، لكل هذه الأسباب، فإن أعدادًا متزايدة من الخبراء ومن منظمات الصم تنصح بتعليم معظم الأطفال الصم خليطًا من طرق الاتصال، بما فيها شكل من أشكال لغة الإشارة.(١)

لذا ترى الدراسة الحالية أنه من الضروري أن يتوفر بمركز التدخل المبكر معلم للغة الإشارة لتدريب الأطفال المعاقين سمعيًا عليها، حتى لا تضيع عليهم فرصة فريدة في تعلم هذه اللغة.

وبالإضافة إلى عدم وجود معلم للغة الإشارة، لاحظ الدارس أنه لا يوجد أيضًا بالمركز أخصائي سمع، بالرغم من أن وجود أخصائي سمع ضمن العاملين بالمركز أمر ضروري من أجل تشخيص الأطفال الذين يعانون من ضعف في السمع وذلك لتقديم الخدمات التربوية الخاصة لهم، حيث يقوم أخصائي السمع بتقييم مستوى السمع، والتوصية بالأجهزة، بالإضافة إلى مشاركته في تعليم مهارات النطق والاستماع، وفحص ومراقبة كل أنواع وسائل مكبرات الصوت بما فيها سماعات الأذن، كما أنه يمكن أن يساعد الوالدين في معرفة طرق المحافظة على السمع لدى الأطفال المعاقين الملتحقين بالمركز.

لاحظ الدارس أنه بالإضافة إلى الأطفال المعاقين سمعيًّا هناك فئات أخرى من الأطفال المعاقين لديها صعوبات في عملية التواصل، فقد لاحظ الدارس أن الأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي يعانون من صعوبات بالغة في التواصل مع المحيطين بهم، فهؤلاء الأطفال يعانون من صعوبات حركية بالغة تؤثر على كل الوظائف الحركية لأجزاء الجسم، والتي قد يكون من بينها حركات جهاز النطق مما يجعل البعض منهم قد يبذل جهدًا كبيرًا في محاولة الكلام دون جدوى، وربما يرجع ذلك إلى عدم قدرتهم على التحكم الإرادي في حركات أجزاء جهاز النطق بدرجة مناسبة لممارسة الكلام بصورة صحيحة.

---

(١) ديفيد ورنر، رعاية الأطفال المعوقين، ترجمة عفيف الرزاز، نيقوسيا: ورشة الموارد العربية ١٩٩٢م، ص ٢٦٤.

وما يؤيد ذلك الاستنتاج ما أشارت إليه الدراسات من أن الكلام أصعب أجزاء العملية التواصلية على الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، ويرجع السبب في ذلك إلى أن الكلام يعتمد على التنسيق بين العضلات المشتركة في التنفس وإخراج الأصوات والنطق، ويؤثر أي شذوذ في قوة العضلات على إنتاج الكلام، ويطلق مصطلح (عسر الكلام *Dysarthria*) لوصف الاطراد الرتيب والبطء الذي يميز كلام الأطفال المصابين بالشلل الدماغي الذين يعانون من مشاكل قوة العضلات.[١]

كما لوحظ أن هؤلاء الأطفال لا يستجيبون للأصوات المحيطة بهم وربما يرجع ذلك إلى مشاكل سمعية، وما يؤكد ذلك أن نتائج إحدى الدراسات الحديثة التي هدفت إلى قياس مدى استجابة الدماغ للصوت لدى عينة مكونة من (٨٠) طفل من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، توصلت إلى أن (٣٣) طفلاً من هؤلاء الأطفال أي بنسبة (٤١,٣ %) يعانوا من مشاكل سمعية، ويمكن أن تؤثر هذه المشاكل على عملية السمع أو على كيفية استجابة الدماغ للصوت، ونتيجة لذلك يواجه هؤلاء الأطفال صعوبة في إتقان الذاكرة السمعية قصيرة المدى، مثل تتبع التعليمات الشفوية واسترجاع الكلمات وتنظيم الأفكار.[٢] وقد لاحظ الدارس أن أخصائي علاج النطق يقوم بتدريب المهارات الحركية لفم طفل مصاب بالشلل الدماغي، وذلك بمساعدة أخصائي العلاج الوظيفي، حيث كان يقوم أخصائي علاج النطق بتدليك شفتي الطفل وخديه، ثم يحاول مساعدة الطفل على اكتشاف كيفية إصدار الأصوات المختلفة، كتحريك شفتي الطفل بأصبعه إلى الأعلى والأسفل لينطق صوت (برررررر)، أو يضغط الشفتين بيده ليصدر الطفل صوت (م ممم م)، وعند السؤال عن العلاقة ما بين علاج النطق والعلاج الوظيفي في تدريب المهارات الحركية لفم الطفل، أجاب أخصائي علاج النطق: " أنني أهتم بتدريب فم الطفل لتقوية أجزاء جهاز النطق وذلك لمساعدة الطفل على التحكم الإرادي في حركة الفكين واللسان والشفتين، بينما يهتم أخصائي العلاج الوظيفي بتدريب المهارات الحركية لفم الطفل لمساعدته على المص والمضغ والبلع".

(1(Lindsay Pennington, "Intensive dysarthria therapy for older children with cerebral palsy: findings from six cases", Child Language Teaching and Therapy, October 2006; vol. 22, 3: pp. 255-273.

(2) Ze D. Jiang & Others ," Depressed Brainstem Auditory Function in Children With Cerebral Palsy", Journal of Child Neurology, March 2011; vol. 26, 3: pp. 272-278.

كما لاحظ الدارس أن أخصائي علاج النطق كثيرًا ما يقدم النصائح لأمهات الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، حيث طلب من أحداهن أن تضع بعض (العسل) أو (الشوكولاته) السائلة على شفتي الطفل لتشجيعه على لحسها مما يعمل على تقوية لسانه، كما طلب منها أن تلعب مع الطفل ألعاب تدربه من خلالها على النفخ، كإطفاء الشمع، أو نفخ فقاعات (الصابون)، مما يعمل على تقوية شفتاه، وكان يشرح للأمهات أهمية هذه التدريبات لعملية النطق حيث وضح بأن تلك التدريبات تعمل على تهيئة استخدام شفتي الطفل ولسانه في إخراج الأصوات، فهناك أصوات تتطلب أن يتدرب الطفل على جعل شفتيه على شكل دائرة، وهناك أصوات تتطلب فتح الشفتين بشكل مختلف كأن الطفل يبتسم مثلا، وهناك أصوات تتطلب مرونة اللسان لذا يجب تدريب الطفل على تحريك اللسان وهزه، وذلك لتهيئة فم الطفل ولسانه لنطق بعض الأصوات.

أما فيما يتعلق بالأطفال التوحديين، فقد لاحظ الدارس أن الأطفال التوحديين لديهم صعوبات بالغة في التواصل اللفظي وغير اللفظي، فهم يجدون صعوبة في فهم دور اللغة كوسيلة لتبادل المعلومات والمشاعر وطلب الاحتياجات وإذا تكونت لديهم مهارات لغوية فإنها غالبًا ما تكون جافة وحرفية، فهم في الغالب يجدون صعوبة في فهم تعابير الوجه، أو نبرات الصوت وما تحمله من تعبيرات، كما يلاحظ أنهم يرددون بعض الكلمات التي يسمعونها ترديدًا حرفيًّا مع صعوبة في تسمية الأشياء أو فهم ما يشير إليها من كلمات، ويكون للطفل نطق خاص به، لا يعرف معناه إلا المخالطين له، لأنهم في الغالب يكونون على دراية بما يقصده وعلى خبرة باحتياجاته ورغباته.

ويؤكد تلك الملاحظات ما أشارت إليه الدراسات من أن اضطراب التوحد هو نوع من الاضطرابات الارتقائية المعقدة التي تظل متزامنة مع الطفل منذ ظهورها وإلى مدى حياته، تؤثر على جميع جوانب نموه وتبعده عن النمو الطبيعي ويؤثر هذا النوع من الاضطرابات على التواصل *Communication* سواء أكان تواصلاً لفظيًا، أو تواصلاً غير لفظي، وأيضًا على العلاقات الاجتماعية، وعلى أغلب القدرات العقلية لهؤلاء الأفراد المصابين بالتوحد، ويظهر في خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، ويفقده الاتصال والاستفادة مما حوله سواء أشخاص أو خبرات، أو تجارب

يمر بها، وهذا النوع من الاضطراب لا شفاء منه وقد يتحسن بالتدخل المبكر.[1]

كما أشارت الدراسات إلى أن معظم الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد تعوزهم النية التواصلية أي نية التواصل ، أو حتى الرغبة في إقامة التواصل وذلك في سبيل تحقيق أغراض اجتماعية معينة. ويعتقد البعض أن ٥٠% من هؤلاء الأطفال بكم أو **خرس** *Mute* أي أنهم لا يستخدمون اللغة على الإطلاق، أو أنهم في أحسن الأحوال يكادون لا يستخدمونها، أما الأطفال الذين يكون بوسعهم التحدث نظرًا لتعلمهم بعض الكلمات فيبدون أوجه شذوذ في نغمة الصوت *Intonation* ومعدل التحدث، وطبقة الصوت أو جهارته *Volume*، ومحتوى اللغة الشفوية التي يتحدثونها وقد يبدو كلامهم آليًّا *Robotic* أو قد يقوموا بالترديد المرضي للكلام *Echolalia* إذ يقومون بالترديد الببغاوي *Parroting* لما يسمعون. وفضلاً عن ذلك فإنهم قد يقلبون الضمائر فيستخدمون الضمير (أنت) بدلاً من (أنا)، أو يقومون بالإشارة إلى أنفسهم بالضمير (هي) أو (هو) بدلاً من الضمير (أنا)، ويعتبر استخدام اللغة كأداة للتفاعل الاجتماعي أمرًا صعبًا بصفة خاصة بالنسبة لمعظم الأطفال التوحديين، وإلى جانب ذلك فإنهم إذا ما اكتسبوا بعض المفردات اللغوية قد يجدوا صعوبة في استخدام مثل هذه المفردات في التفاعلات الاجتماعية المختلفة نظرًا لأنهم لا يدركون ردود أفعال أولئك الأفراد الذين يستمعون إليهم.[2]

وتصف إحدى الأمهات في إفادتها صعوبات التواصل التي يعاني منها طفلها بقولها: "ابني (سالم) أول طفل لي، كان كل شيء طبيعي أثناء الحمل وكانت ولادته طبيعية، وكان وزنه (٣) كيلو عند الولادة، ولم تظهر عليه أي مشاكل صحية، ورضع رضاعة طبيعية لمدة (٨) أشهر، ثم بعد ذلك رضع رضاعة صناعية حتى عمر سنة ونصف، واستطاع الجلوس في عمر (٨) شهور، وبدأ المشي في عمر سنة، وكان ينطق بعض الكلمات مثل (بابا، ماما، مبو)، وبحكم أن ليس لدي خبرة سابقة في الأطفال فلم ألحظ تأخره في الكلام عندما كان عمره سنتان، في البداية بدأت ألاحظ عدم انتباهه لي عندما أناديه أنا أو والده فقد كان لا يهتم وكأنه لا يسمع، ولكن اعتبرت ذلك عناد منه، فقد

---

(١) سهى أحمد أمين، "فعالية برنامج تدخل مبكر لتنمية الانتباه المشترك للأطفال التوحديين وأثره في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية لديهم"، العلوم التربوية، مجلد(١٦)، عدد(٣)، ٢٠٠٨، ص٩٧

(٢) دانيال. ب. هالاهان، جيمس.م. كوفمان، سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم: مقدمة في التربية الخاصة، مرجع سابق، ص ٦٥٣.

كنت عندما أناديه لأخذ الحلوى ينتبه ويسرع ليأخذها، ولكن عندما أصبح في الثالثة بدأت أقارنه بأطفال العائلة الذين هم أصغر منه ويتكلمون أفضل منه، أيضًا بدأت ألاحظ أنه يصدر أصوات غير مفهومة، كما أنه فقد كل الكلمات التي كان يعرفها، فأصبح عندما يريد شيئـًا ما يمسك يدي ويشدني إلى مكانه، كما أنه أصبح لا يهتم باللعب مع الأطفال الآخرين من أبناء أقاربنا، ويقضي معظم وقته متحركًا في المنزل، أو يقفز على الكراسي ويصرخ بأصوات غير مفهومة، كما أنه يقضي وقتًا طويلاً أمام التلفزيون في مشاهدة قناة (براعم)، ويصاب بنوبة غضب وصراخ عندما نغلق التلفاز أو نغير القناة، فأتيت به إلى مركز الأمل للتدخل المبكر، وهو الآن يتلقى تدريبات على التواصل باستخدام طريقة تبادل الصور ، كما أنني أستفيد من هذه التدريبات فأقوم بتدريبه عليها في البيت، فأضع الصور في كل مكان في البيت لأعرف ماذا يريد، فمثلاً ألصق مجموعة من الصور على باب الثلاجة للأشياء الموجودة بداخلها وعندما يريد شيء منها يأتي إليَّ بصورتهِ، فأحضره له، والحقيقة أن هذه الطريقة سهلت علي الكثير في التواصل معه، كما أنني ألاحظ أن هناك تقدم ملحوظ في حالته".

مما سبق ومن إفادة هذه الأم عن طفلها يتضح أن الأطفال التوحديين يمكن لهم – إذا ما تلقوا خدمات التدخل المبكر في الوقت المناسب – أن تتطور قدرتهم على التواصل، وهذا يتفق مع ما أشارت إليه العديد من الدراسات.[(١)]

أما فيما يتعلق بالأطفال المعاقين عقليًا فقد لاحظ الدارس أن لديهم صعوبات بالغة في اللغة والتواصل وبخاصة الحالات الشديدة من التخلف العقلي حيث يلاحظ أن لديهم تأخر في إخراج الأصوات، ومستوى منخفض

---

(١) يمكن الرجوع إلى:

- أشرف محمد شريت، " فعالية برنامج تدريبي باستخدام جدول النشاط المصورة في تنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين من المعاقين عقليًا "، مجلة الإرشاد النفسي، العدد (٢١)، ٢٠٠٧م، ص ص ٦٣ – ١١٩.

- *Brian A. Boyd &others , " Infants and Toddlers With Autism Spectrum Disorder: Early Identification and Early Intervention" , Journal of Early Intervention , March 2010 , Vol. 32 No. 2, , PP. 75-98.*

- *Lisa A. Ruble & Others , "The Effects of Consultation on Individualized Education Program Outcomes for Young Children With Autism: The Collaborative Model for Promoting Competence and Success" , Journal of Early Intervention , September 2010 , vol. 32 no. 4, PP. 286-301*

من القدرة على فهم الألفاظ ، وضعف في الحصيلة اللغوية، وقد يرجع ذلك إلى أن النمو اللغوي للطفل المتخلف عقليًا يساير نموه العقلي.

ويعتبر أطفال (متلازمة داون *Down Syndrome*) أحد فئات الأطفال المعاقين عقليًا، فمتلازمة داون هي حالة جينية ناتجة عن اضطراب كروموسومي ترجع إلى زيادة في الكروموسوم رقم (٢١) أو انتقال كروموسوم أو التصاق جزء من كروموسوم آخر به مما تعني أن صاحبها لديه (٤٧) كروموسوم بدلاً من (٤٦) ، ويؤدي هذا الخلل إلى خصائص جسمية مميزة مصحوبًا بإعاقة عقلية ويحدث هذا الاضطراب أثناء فترة الحمل ولا يمكن علاجه.[١]

وقد لاحظ الدارس أن بعض الأطفال من ذوي متلازمة داون لديهم مشكلات في اللغة والكلام، إلا أن قدرتهم على فهم المتحدثين أفضل بكثير من قدرتهم على التعبير بالكلمات، وربما يرجع ذلك إلى ضعف الحصيلة اللغوية لديهم وقلة المفردات المتاحة التي تيسر لهم عملية التفاعل مع الآخرين، كما لاحظ الدارس أن هؤلاء الأطفال يرددون بعض الكلمات دون إدراك معانيها لمجرد التقليد أو التكرار، وهو ما يشير إلى قصور في فهم الآخرين والتواصل معهم.

وتتفق ملاحظات الدارس مع ما أشارت إليه إحدى الدراسات الطولية التي هدفت إلى التعرف على كيفية تطور لغة الأطفال من ذوي متلازمة داون واعتمدت على تسجيلات الوالدين لكلام أطفالهم في وقت مبكر جدًا، اعتبارًا من نطق الكلمة الأولى إلى تكوين جملة من كلمتين. وتمثلت عينة الدراسة من (١٧) طفلاً من ذوي متلازمة داون، والذين تراوحت أعمارهم مع بداية الدراسة من سنة واحدة إلى أربع سنوات، وكان متوسط العمر للوصول إلى نطق كلمة واحدة (٢٧,٣ شهرًا) بتأخير (١٢ شهرًا) عن الأطفال العاديين، وكان متوسط العمر عند نطق جملة من كلمتين (٣٦,٩ شهرًا)، بتأخير (١٨) شهرًا عن الأطفال العاديين كما توصلت الدراسة إلى أن الأطفال من ذوي متلازمة داون لديهم صعوبات في معدل اكتساب اللغة.[٢]

---

(١) فاروق محمد صادق، التوازن بين المدخل الطبي والمدخل التربوي في رعاية أطفال متلازمة داون، مرجع سابق، ص ص ١٩ - ٢٠.

(2) Bonamy Oliver and Sue Buckley, "The language development of children with Down syndrome: First words to two-word phrases", Down Syndrome Research and Practice. 1994;V.2,N. 2;71-75

أما فيما يتعلق بالأساليب التي يتبعها أخصائي علاج النطق مع الأطفال المعاقين بالمركز، فهي تختلف من طفل إلى آخر وذلك حسب نوع إعاقته ومستواها إلا أن هناك بعض الأساليب التي لوحظ أنها تتكرر مع العديد من الأطفال المعاقين، فمن خلال ملاحظات الدارس لبعض جلسات علاج النطق والكلام، ومن خلال إجابة أخصائي علاج النطق على العديد من الاستفسارات أثناء هذه الجلسات، تم التوصل إلى أن هناك مجموعة من الأنشطة التي يتبعها أخصائي علاج النطق في تدريب الأطفال المعاقين على مهارات اللغة والتواصل، وفيما يلي سوف يحاول الدارس وصف لهذه الأنشطة حسب تسلسلها:

لوحظ أن أخصائي علاج النطق يعمل على تنبيه حاسة السمع لدى الأطفال وذلك من خلال توجيه انتباه الطفل إلى الأصوات المحيطة، مثل صوت لعبة أو موسيقى ، كما لوحظ أن أخصائي علاج النطق حاول أن يعزز التواصل البصري مع الطفل بتشجيعه على النظر إلى وجهه وعينيه، حيث كان يحمل لعبة ويضعها أمام وجهه وعندما ينظر إليها الطفل يزيلها بسرعة مع إصدار صوت ليلفت انتباه الطفل إلى وجهه، ثم يقوم الأخصائي بتخبئة وجهه بيديه ومن ثم مناداة الطفل وعندما ينظر الطفل إلى مصدر الصوت يتم إظهار الوجه مع الابتسام.

وفي نشاط آخر كان أخصائي علاج النطق يحاول تدريب الطفل على إخراج أصوات لغوية ومقاطع لفظية، فكان يضع أمام الطفل سيارة ويحركها مع إصدار مقاطع صوتية (فوفوفوفو)، أو يضع كرة ويجعلها تتدحرج أمام الطفل ويصدر مقطع صوتي (شـ شـشـ ِشـ)، وأحيانًا بإمساك يد الطفل وضمها ثم فتحهما مع إصدار صوت (هيه هيه)، وتشجيع الطفل على تقليد هذه الأصوات وتكرارها. وفي أحد الأنشطة كان أخصائي علاج النطق يقوم بتدريب الطفل على إصدار مقاطع لفظية لها دلالة لغوية، فكان يُظهر للطفل قطعة حلوى، وعندما يطلبها الطفل يضعها خلف ظهره ويقول (لا لا لا)، ويكرر ذلك، وفي إحدى المرات يعطيها للطفل، ثم يطلبها منه مرة أخرى ويقول له (هات هات)، وكان يكرر ذلك مع أشياء مختلفة وفي محاولات كثيرة. وفي أحد الأنشطة كان يقدم أخصائي علاج النطق لطفلة تعاني من اضطرابات في النطق مجموعة من الصور، ثم يقوم بتدريبها على نطق الكلمات التي تشتمل عليها هذه الصور، ثم يضع بعد ذلك الصور على الطاولة، ثم يطلب من الطفلة أن تختار أي صورة من بينها ونطق الكلمة التي

تدل عليها، مع تصحيح الأخطاء التي قد تقع فيها أثناء النطق، وتشجيعها على النطق الصحيح.

وفي نشاط آخر كان يقدم للطفل مجموعة من الصور، ويدربه على نطق الكلمات التي تدل عليها (كرة – مفاتيح – سيارة)، وكان يقدم للطفل صورة واحدة مع نطق اسمها، ثم صورتين ثم ثلاث صور مع تكرار أسماء الصور في كل مرة، ثم يطلب من الطفل إحدى هذه الصور، وعندما يعطيها له يقدم له ما تدل عليه الصورة، وإذا اخفق الطفل في التعرف على المقصود بالصورة يظهر له علامات عدم الرضا ولا يعطيه شيء، ويكرر الطلب حتى يتوصل الطفل للصورة الصحيحة وهكذا.

وفي نشاط آخر كان أخصائي علاج النطق يدرب طفلة لديها صعوبات في اللغة التعبيرية على كيفية الربط بين صورة الشيء وصوته، حيث كان يلفظ الصوت الدال على شيء معين ويطلب منها التعرف عليه من بين مجموعة من الصور.

ومن خلال هذه الملاحظات يمكن القول أن أخصائي علاج النطق يتدرج مع الطفل المعاق في إكسابه مهارات اللغة والتواصل فبدأ معه بتنبيه حاسة السمع (التدريب السمعي) من خلال تنبيه الطفل إلى الأصوات المحيطة به، وذلك لأن حاسة السمع من أهم الحواس في اكتساب اللغة ، ثم قام بتعزيز التواصل البصري عند الطفل، حيث يعتبر التواصل البصري والنظر إلى وجه وعيون المتحدث من المكونات الأساسية في عملية اكتساب اللغة والتواصل، ثم قام بتدريب الطفل على إخراج أصوات لغوية ومقاطع لفظية وهي مرحلة مهمة في التدريب على التواصل اللفظي، ثم درب الطفل على نطق كلمات بسيطة ذات معنى وهو بذلك عمل على تطوير اللغة التعبيرية للطفل وتزويده بمفردات يحتاجها في التواصل اليومي مع المحيطين به، ثم عمل بعد ذلك على تطوير اللغة الاستقبالية للطفل، وذلك بتدريبه على تنفيذ بعض التعليمات البسيطة.

- المهارات الاجتماعية: *Social Skills*

إن أحد العناصر التي تميز الإنسان عن غيره من الكائنات الحية أنه كائن اجتماعي في مجتمع منظم، تتحدد فيه العديد من المعايير والنظم الاجتماعية التي تحكم حياة الأفراد، كما أن الإنسان لا يستطيع التكيف وممارسة دوره في الحياة وإشباع حاجاته الفردية، بمعزل عن الآخرين من حوله. والإنسان كائن اجتماعي يعيش ويقضي معظم وقته في جماعة يؤثر

ويتأثر بها، ويتحدد سلوكه الاجتماعي نتيجة التفاعل بينه وبين البيئة التي يعيش فيها، وبصفة خاصة البيئة الاجتماعية.[1]

فمن خلال البيئة الاجتماعية يكتسب الطفل العديد من المهارات الاجتماعية، والتي تساعده على إقامة وتدعيم علاقاته بالآخرين وتساعده على تحمل المسئولية ومواجهة المشكلات ومواقف الحياة المختلفة، لذا يعد افتقاد الطفل لهذه المهارات أمرًا خطيرًا يهدد الطفل وصحته النفسية، فتجعله يتصف بالحساسية الزائدة، وضعف القدرة على التعبير اللفظي وغير اللفظي، كما تقل قدرته على تكوين علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين، ويكون أقل مكانة بين رفاقه وأقل تعاونًا وتواصلاً معهم. بينما يؤدي إتقان الطفل للمهارات الاجتماعية إلى تزايد توافقه النفسي والاجتماعي من خلال قدرته على القيام بالأعمال والأنشطة المميزة لأسلوب تفاعله الاجتماعي مع الأشخاص والأشياء من حوله.[2]

والأطفال المعاقون كغيرهم من الأطفال في حاجة إلى اكتساب وتعلم المهارات الاجتماعية حتى تتكامل شخصياتهم وينمو تقديرهم لذاتهم، مما يزيد من السلوك الاجتماعي الإيجابي لديهم ويقلل من السلوكيات الشاذة التي قد تنتج عن افتقارهم لتلك المهارات، وخاصة أن الدراسات تشير إلى أن مظاهر العجز في السلوك الاجتماعي تظهر لدى جميع فئات الإعاقة بأشكال مختلفة وبنسب متفاوتة، كما أن العجز في المهارات الاجتماعية يتوقع له أن يزداد شدة دون تدخل فعال، فعدم تمتع الطفل بالمهارات الاجتماعية يؤثر سلبًا على النمو المعرفي واللغوي وغير ذلك من المهارات الضرورية، بالإضافة إلى أن اضطراب النمو الاجتماعي في مرحلة الطفولة يعمل بمثابة مؤشر غير مطمئن للنمو المستقبلي فهو غالبًا ما يعني احتمالات حدوث مشكلات تكيفية في المراحل العمرية اللاحقة.[3]

---

(١) عبد اللطيف كريم مومني، " فاعلية برنامج تدريبي مقترح في المهارات الاجتماعية على تنمية مهارة المبادأة لدى أطفال ما قبل المدرسة "، مجلة العلوم التربوية والنفسية، مجلد (٨)، عدد (٢)،٢٠٠٧م، ص ١٤٤.

(٢) آمنة سعيد حمدان المطوع، "المهارات الاجتماعية والثبات الانفعالي لدى التلاميذ أبناء الأمهات المكتئبات "، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القاهرة، معهد الدراسات والبحوث التربوية، ٢٠٠١م، ص ص ١٨ - ٢٠.

(٣)جمال الخطيب، منى الحديدي، المدخل إلى التربية الخاصة، مرجع سابق، ص ٣٠٦.

وفيما يلي سوف تتناول الدراسة واقع الصعوبات التي تواجه الأطفال المعاقين في تفاعلهم الاجتماعي بمركز الأمل للتدخل المبكر:

لاحظ الدارس أن الأطفال التوحديين من أكثر الأطفال افتقارًا للتفاعل الاجتماعي والمهارات الاجتماعية بمركز التدخل المبكر، فعلى سبيل المثال لاحظ الدارس أن الطفلة (هند) والتي تعاني من اضطراب التوحد، وتبلغ من العمر أربع سنوات لا تشجع الآخرين على الحديث والتواصل معها فوجهها خالي من أي تعبيرات انفعالية، فهي لا تتواصل مع الآخرين بالنظر أو الابتسامة، ولا تلتفت إلى من ينادي عليها، وهي غالبًا ما تكون منعزلة ومنسحبة بعيدًا عن المحيطين بها،كما أنها لا تستطيع الرد على عبارات التحية، وأحيانًا تبكي وتصرخ بدون سبب واضح، كما أنها لا تعطي انفعالات الآخرين أي أهمية.

كما لاحظ الدارس أن افتقاد الأطفال التوحديين للمهارات الاجتماعية يؤثر إلى درجة كبيرة على تلقيهم لخدمات التدخل المبكر بالمركز، حيث يواجه الأخصائيون صعوبات بالغة في التواصل معهم، فعلى سبيل المثال لاحظ الدارس أن الطفل (أحمد) والذي يعاني من اضطرابات طيف التوحد دائم البكاء والصراخ أثناء جلسات علاج النطق مما يؤثر على استفادته من هذه الجلسات.

وتتفق هذه الملاحظة مع ما أشارت إليه الدراسات من أنه غالبًا ما يعاني الأطفال التوحديون من ضعف مهاراتهم الاجتماعية، نتيجة لما يعانونه من مشكلات في اللغة والتواصل والاستقلالية، ومن ضعف في قدرتهم على التعبير اللغوي، وضعف حصيلتهم اللغوية، والاستخدام غير المناسب للمفردات وهو الأمر الذي يؤدي إلى زيادة تعقد الموقف الاجتماعي، ويزيد من صعوبة تفاعلهم، ويقلل فرصتهم في تكوين صداقات مع الآخرين، وهو ما يقلل من فرص النضج الاجتماعي لهم.[1]

كما لاحظ الدارس أن الأطفال المعاقين سمعيًّا لديهم جوانب قصور في المهارات الاجتماعية، فقد لوحظ أنهم يميلون إلى الألعاب الفردية، كما أنهم يحاولون تجنب مواقف التفاعل الاجتماعي في مجموعة، ويميلون إلى مواقف التفاعل التي تتضمن فردًا واحدًا أو فردين، كما لوحظ أنهم يبذلون جهدًا في

---

(١)أميرة طه بخش، " دراسة تشخيصية مقارنة في المهارات الاجتماعية للأطفال التوحديين والأطفال المعاقين عقليًا"، رسالة الخليج العربي، السنة (٢٣)، عدد (٨٤)، الرياض، مكتب التربية العربي لدول الخليج، ٢٠٠٢م ، ص ص ١١١- ١٣٣.

تركيز انتباههم لحديث الأطفال الآخرين والاستعانة بملاحظاتهم البصرية حتى يستطيعوا فهم ومتابعة الحوار.

ويفسر الدارس انطواء الأطفال المعاقين سمعيًّا على أنفسهم وعدم تكيفهم الاجتماعي، إلى أن التكيف الاجتماعي يعتمد بشكل كبير على التواصل والتفاعل الاجتماعي، وتعد اللغة اللفظية أكثر طرق التواصل شيوعًا، لذا فإن حاسة السمع تلعب دورًا هامًا وبارزًا في هذا الصدد، حيث تسمح للطفل بسماع الأصوات والكلمات التي ينطق بها الآخرون من حوله، فيشرع في تقليدها مما يساعده على تعلم تلك اللغة السائدة في جماعته فيتمكن على أثر ذلك من التعامل والتفاعل والتواصل معهم إذ ينقل أفكاره إليهم ويستمع إلى أفكارهم وهو الأمر الذي يسهم بدور فاعل في تطور سلوكه الاجتماعي، ومن هذا المنطلق فإن أي قصور ينتاب حاسة السمع سوف يترك أثرًا سلبيًّا على طرق وأساليب الطفل في التواصل مع المحيطين به، وبالتالي على توافقه الشخصي والاجتماعي.

ويتفق هذا مع ما أشارت إليه أدبيات التربية الخاصة من أن الإعاقة السمعية تؤدي إلى إعاقة النمو الاجتماعي للطفل، حيث تحد من مشاركته وتفاعلاته مع الآخرين، ومن اندماجه في المجتمع، مما يؤثر سلبًا على توافقه الاجتماعي، وعلى نقص اكتسابه المهارات الاجتماعية الضرورية اللازمة لحياته في المجتمع، فيميل الطفل المعاق سمعيًّا إلى البعد عن أقرانه العاديين نتيجة فقده الحس الاجتماعي والتواصل بينه وبينهم، وهذا يؤدي بدوره إلى بعض أنماط التفاعل الاجتماعي مثل الانطواء والانسحاب والعزلة، وغالبًا ما يندمج المعاقون سمعيًّا مع بعضهم البعض كجماعة ذات مهارات اجتماعية واحدة، ولديها خصائص تفاعل اجتماعي متقاربة، بينما يكون الأصم بالنسبة لأقرانه من العاديين أكثر نزوعًا للانسحاب وميلاً للعزلة والانطواء، مما يؤدي إلى تأخره نضجه النفسي والاجتماعي، وأيضًا إلى الشعور بنقص شديد في تقديره لذاته والقدرة على التعبير عن نفسه، مما يولد لديه العديد من السمات والخصائص غير المرغوبة مثل الحساسية المفرطة لردود فعل الآخرين، والشك في أي تصرف منهم والشعور بالخوف والفشل وسرعة الاستثارة العصبية.(١)

---

(١) يمكن الرجوع إلى:

- إيمان فؤاد كاشف ، هشام إبراهيم عبد الله ، تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، القاهرة : دار الكتاب الحديث ، ٢٠٠٧م ، ص ص ١٨٠ -١٨١.

أما فيما يتعلق بالأطفال المعاقين عقليًّا فقد لاحظ الدارس أن هؤلاء الأطفال يميلون إلى الانسحاب والانزواء بعيدًا عن المحيطين بهم، فهم إما يكتفون بالملاحظة لتصرفات غيرهم من الأطفال، وإما شاردون لا ينتبهون لما يحيط بهم إلا لفترة وجيزة، ثم يعودون بعد ذلك إلى عزلتهم وانسحابهم، كما يُلاحظ أنهم ضعيفي القدرة على التصرف في المواقف الاجتماعية، مما لا يشجع الآخرين على الاختلاط بهم، إلا أن الدارس لاحظ أن بعض الأطفال المعاقين عقليًّا وخاصة من فئة التخلف العقلي البسيط لديهم بعض القدرات على التكيف الاجتماعي، فهم يشاركون أحيانًا في التحدث والتفاعل مع الآخرين وخاصة مع أخوتهم وأقاربهم ولكن بدرجة محدودة وفي مرات قليلة.

ويتفق هذا مع ما أشارت إليه بعض الدراسات من أن تطور المهارات الاجتماعية يعتبر سمة مميزة للتعرف على التخلف العقلي، حيث هناك إدراكًا بأن المتخلفين عقليًّا يحتاجون إلى المساعدة في السلوك الاجتماعي [١]، فالمتخلفون عقليًّا يواجهون العديد من المشكلات الاجتماعية حيث غالبًا ما يجدون صعوبة في تكوين أصدقاء وفي الاحتفاظ بما يكونوا قد قاموا بتكوينه من صداقات وهو الأمر الذي يرجع إلى أن غالبيتهم لا يعرفون كيف يمكنهم إقامة علاقات اجتماعية ناجحة أو تفاعلات اجتماعية معينة مع الآخرين وهو الأمر الذي يتضح منذ وقت مبكر من حياتهم وذلك بداية من مرحلة ما قبل المدرسة، وحتى عندما يحاولون إقامة تفاعلات اجتماعية معينة مع الآخرين فإنهم قد يُبْدون سلوكيات من شأنها أن تجعل أقرانهم يبتعدون عنهم، فقد يُبْدون مثلاً معدلات من قصور الانتباه والسلوك الفوضوي أكثر ارتفاعًا قياسًا بأقرانهم العاديين.[٢]

أما فيما يتعلق بالأطفال المعاقين بصريًّا الملتحقين بالمركز فقد لاحظ الدارس أن لديهم تفاعل اجتماعي جيد مع أقربائهم ، أما فيما يتعلق بالغرباء فتجدهم خجولين إلى درجة كبيرة وقليلي الكلام ، وربما يرجع ذلك إلى أن

- دانيال. ب. هالاهان، جيمس.م. كوفمان، سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم: مقدمة في التربية الخاصة، مرجع سابق، ص ص ٥٥٠ - ٥٥١.
- رشاد علي عبد العزيز، سيكولوجية المعاق سمعيًا، القاهرة: عالم الكتب، ٢٠٠٩ م، ص ٣٥٥.

(١) إيمان فؤاد كاشف ، هشام إبراهيم عبد الله ، تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، مرجع سابق، ص ١٧٥.

(٢) دانيال. ب. هالاهان، جيمس.م. كوفمان، سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم: مقدمة في التربية الخاصة، مرجع سابق، ص ٢٧٩.

الطفل منهم لا يرى الشخص الذي يحدثه فلا يعرف ردود الفعل التي تبدو عليه، كما أنه لا يستطيع معرفة ما إذا كان الحديث موجهًا إليه أم لا، كما يلاحظ أن الأطفال المعاقين بصريًّا شديدي الالتصاق بأقاربهم ويعتمدون عليهم في تصرفاتهم، فهم لا يتحركون بسهولة ومهارة كغيرهم من الأطفال العاديين.

ويتفق ذلك مع ما أشارت إليه مؤلفات التربية الخاصة من أن الإعاقة البصرية تؤثر في السلوك الاجتماعي للفرد تأثيرًا سلبيًا، إذ ينشأ عنها كثيرًا من الصعوبات في عمليات النمو والتفاعل الاجتماعي، وفي اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلالية والشعور بالاكتفاء الذاتي، نظرًا لعجز المعاقين بصريًّا أو محدودية قدراتهم على الحركة، وعدم استطاعتهم ملاحظة سلوك الآخرين ونشاطاتهم اليومية وتعبيراتهم الوجهية كالبشاشة والعبوس والرضا والغضب وغيرها مما يعرف بلغة الجسم *Body Language* وتقليد هذه السلوكيات أو محاكاتها بصريًا والتعلم منها، ونقص خبراتهم والفرص الاجتماعية المتاحة أمامهم للاحتكاك بالآخرين والاتصال بالعالم الخارجي المحيط بهم، فهم لا يتحركون بالسهولة والمهارة والطلاقة التي يتحرك بها المبصرون.[1] كذلك يعاق انتماء الطفل الكفيف إلى جماعة الرفاق بسبب عدم قدرتهم على رؤية رفاقهم والاستفادة من التواصل غير الفظي، كما أن إعاقته البصرية تمنعه من معرفة وتعلم ما هو مقبول من زملائه، وفي هذا الاتجاه فإن نمو الأطفال المعاقين بصريًا الاجتماعي والانفعالي يختلف عن الآخرين غير المعاقين.[2]

أما فيما يتعلق بالأطفال المصابين بالشلل الدماغي، فقد لاحظ الدارس أن هؤلاء الأطفال يواجهون صعوبة كبيرة في التواصل الاجتماعي مع غيرهم، ويظهر ذلك واضحًا لدى الأطفال الذين يعانون من نوبات تشنجية حيث يدفعون المحيطين بهم إلى الابتعاد عنهم وربما الخوف منهم؛ وذلك لما يبدو عليهم من اضطرابات حسية وانفعالية وحركية ولغوية.

فالشلل الدماغي يتميز بالصعوبات الحركية غير الطبيعية في الأساس، وقد يصاحبه الصرع، والإعاقة العقلية، والإعاقات الحسية واضطرابات النطق والاضطرابات الصحية، كما يتميز بأنه مرض مزمن غير قابل للشفاء

---

(١)مجدي عزيز إبراهيم ، محمد السيد أحمد درويش، تدريس الرياضيات للتلاميذ المعوقين بصريًّا، القاهرة: عالم الكتب، ٢٠٠٦م ، ص ص ٣٣ ــ ٣٤.

(٢) إبراهيم فرج الزريقات،الإعاقة البصرية: المفاهيم الأساسية والاعتبارات التربوية،مرجع سابق،ص ٥٨.

بالمعنى الطبي ولكنه لا يزداد سوءًا مع الأيام، ويحدث خلال السنوات الأولى من عمر الطفل عندما تكون القشرة الدماغية المسئولة عن الحركة في طور النمو، لذلك فالشلل الدماغي هو اضطراب نمائي.(١)، ويعاني طفل واحد من كل طفلين مصابين بالشلل الدماغي من النوبات، وهي عبارة عن حركات لا إرادية أو تغيرات في الوعي أو السلوك تسببها اندفاعات قوية غير طبيعية من النشاط الكهربائي في الدماغ، وتؤثر النوبات على الأداء الوظيفي الطبيعي للدماغ بدرجات متفاوتة فقد لا يصاب الطفل سوى بتغيير بسيط في السلوك أو الوعي، وقد يصاب طفل آخر بالنوبات حيث يهتز ويتصلب ويفقد الوعي ويزداد إفراز لعابه، وعند تكرار النوبات تشخص بوصفها صرعًا.(٢)

وباستعراض بعض الصعوبات التي تواجه الأطفال المعاقين والتي قد تؤثر على اكتسابهم للمهارات الاجتماعية بسبب إعاقتهم، يلاحظ أن كثيرًا ما تفرض الإعاقات قيودًا خاصة على هؤلاء الأطفال قد يكون لها أثرًا كبيرًا على تطور مهاراتهم الاجتماعية، مما يترتب عليه العديد من المشكلات والسلوكيات السلبية فيقلل من فرص التفاعل والانخراط في علاقات اجتماعية مع البيئة المحيطة ويجعلهم عرضة للعزلة الاجتماعية والانحرافات النفسية والسلوكية. ومن هنا كان على مراكز التدخل المبكر أن تولي اهتمامًا كبيرًا بتطوير المهارات الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال، وفيما يلي سوف تتناول الدراسة واقع تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين بمركز الأمل للتدخل المبكر:-

فيما يتعلق بالممارسات الاجتماعية بين العاملين بالمركز والأطفال المعاقين، لاحظ الدارس أن هذه الممارسات إيجابية، حيث تتصف بالتقبل والتشجيع، والمساندة، كما تجدر الإشارة إلى أن الدارس لم يلاحظ أي استخدام للعنف المادي أو المعنوي أو أي نوع من الإساءة الجسمية أو النفسية مع الأطفال المعاقين الملتحقين بالمركز "ويقصد بالعنف ضد الأطفال كافة أشكال العنف أو الضرر أو الإساءة البدنية أو العقلية أو الإهمال أو المعاملة المنطوية على إهمال أو إساءة المعاملة أو الاستغلال بما في ذلك الإساءة الجنسية. والعنف الجسدي هو الاستخدام المتعمد للقوة والطاقة البدنية المهدد بها أو العضلية ضد أي طفل من قبل أي فرد أو جماعة تؤدي إلى أو من

(١) سهام الخفش، عوني هناندة، دليل الآباء والأمهات للتعامل مع الشلل الدماغي، عمان: دار يافا العلمية ٢٠٠٥م، ص ٥.

(٢) ألين جيرالز، الأطفال المصابون بالشلل الدماغي: دليل الآباء، ترجمة بيداء علي العبيدي، محمد جهاد جمل، العين: دار الكتاب الجامعي، ٢٠٠٣ م، ص ٨٣.

الأرجح للغاية أن تؤدي إلى ضرر فعلي أو محتمل لصحة الطفل أو بقاؤه على قيد الحياة أو نموه أو كرامته، والعنف بصفة عامة نشاط تخريبي يقوم به الفرد لإلحاق الضرر أو الأذى المادي أو الجسدي أو المعنوي كالسخرية أو الاستخفاف.(١)

ويعتبر عدم استخدام العنف أو الإساءة مع الأطفال المعاقين هو أحد الجوانب الإيجابية التي يتم الحكم من خلالها على مؤسسات رعاية الأطفال المعاقين حيث "أشارت منظمة الصحة العالمية إلى أن احتمال تعرض الطفل المعاق للعنف في تزايد مستمر عند المقارنة بالطفل غير المعاق، ويعزى هذا إلى تفاقم الخطورة الاجتماعية والثقافية والاقتصادية المحيطة بالطفل المعاق، وليس له علاقة مباشرة بطبيعة الإعاقة نفسها حيث أن احتمال تعرض الطفل المعاق للعنف الجنسي تحديدًا يصل إلى ثلاثة أضعاف الطفل غير المعاق مبينًا أن مكان حدوث العنف ضد الأطفال المعاقين ليس محصورًا داخل نطاق الأسرة، فقد يحدث وبنسبة أعلى في مؤسسات الرعاية الاجتماعية أو حتى في المجتمع المحلي الذي يتواجد فيه الطفل أو الشارع اعتمادًا على طبيعة إعاقته".(٢)

أما فيما يتعلق بتنمية المهارات الاجتماعية لدى الطفل فقد لاحظ الدارس أن الاختصاصية النفسية تقدم لأم طفلة تعاني من تخلف عقلي بسيط، بعض التوجيهات بشأن التعامل مع الطفلة، حيث كانت الأخصائية توجه الأم إلى محاولة تكوين علاقة وطيدة مع طفلتها أولاً كي تستجيب الطفلة لما تطلبه الأم منها، ثم قدمت الأخصائية توجيهات بشأن تنمية مهارات التواصل غير اللفظي وأهمها تبادل النظرات، فهم تعبيرات وملامح الوجه، المصافحة باليد، تبادل القبلات والاحتضان، ثم قدمت الأخصائية للأم توجيهات وإرشادات بشأن تنمية مهارات التواصل اللفظي لدى الطفلة، وقد اشتملت على كيفية الاستجابة للأوامر لفظيًا، الرد على التحية لفظيًا، الإجابة على بعض الأسئلة.

ويرى الدارس أن لهذه التوجيهات أهمية كبيرة في إرشاد الأسرة إلى أهمية مساعدة الأطفال المعاقين في اكتساب المهارات الاجتماعية في مواقف الحياة الواقعية، حيث يمكن تدريب الطفل ليقوم بممارسة المهارات الاجتماعية في تفاعلاته المستمرة مع الأبوين أو مع الأقارب أو مع الأقران، وكل هذه

---

(١) رشاد علي عبد العزيز، زينب بنت محمد زين العايش، سيكولوجية العنف ضد الأطفال، القاهرة: عالم الكتب، ٢٠٠٩م، ص ٧٧.

(٢)المرجع سابق، ص ٣٥٣.

التفاعلات الاجتماعية قد توفر فرصًا جيدة لممارسة تلك المهارات، بالإضافة إلى إمكانية تعزيز هذه المهارات بطرقة مادية ومعنوية.

لاحظ الدارس في مرات قليلة أن الأطفال المعاقين يتلقون جلسات العلاج الطبيعي والعلاج والوظيفي وعلاج النطق بصورة جماعية ، إلا أنه غالبًا ما يتلقى الطفل المعاق بالمركز هذه الجلسات فرديًّا دون مشاركة لغيره من الأطفال المعاقين بالمركز، وبذلك فإن الطفل يحرم من الشعور بأنه جزء من جماعة اجتماعية، وهذا الإحساس لا يساعد الطفل على تكوين هوية مرتبطة بالجماعة التي ينتمي إليها على الرغم من أن هذه الهوية من الجوانب الهامة في الارتقاء الانفعالي والاجتماعي الإيجابي للطفل، وعلى ذلك فإن عدم وجود برنامج جيد يوفر للطفل جماعات يعمل داخلها ويشعر بالانتماء لها في ظل مجموعة من العلاقات الإيجابية، له تأثيره البالغ على تنشئته الاجتماعية، فالتنشئة الاجتماعية عملية تعلم اجتماعي يتعلم فيها الطفل عن طريق التفاعل الاجتماعي أدواره الاجتماعية، ويتعلم كيف يتصرف ويسلك بأسلوب اجتماعي توافق عليه وترتضيه الجماعة التي ينتمي إليها.

لاحظ الدارس أن مركز التدخل المبكر يسمح لأطفال الرياض العاديين بزيارته، ومشاركة الأطفال المعاقين ألعابهم بالمركز، وقد لاحظ الدارس أن الأطفال العاديين يبدون قدرًا كبيرًا من الاستغراب في بداية الزيارة، إلا أنهم سرعان ما يتقبلون الأطفال المعاقين، ويظهرون قدرًا كبيرًا من التعاطف معهم والرغبة في مساعدتهم، ويتجاهلون الفروق، ولا يعيرون الانحرافات اهتمامًا كبيرًا فيستجيبون لبعضهم بعضًا بسهولة نسبيًّا، وعلى الرغم من أنهم يطرحون الأسئلة إلا أن تلك الأسئلة تنم عن حب الاستطلاع.

ولكن ذلك يحدث من خلال رحلات منظمة متفق عليها مسبقًا، ولا يحدث بشكل دائم، وبالرغم من أهمية هذه الزيارات للأطفال العاديين والمعاقين على حد سواء ، إلا أن الدارس لا يعتبر ذلك دمجًا، فنظام الدمج *Mainstreaming* يتم وفق نموذجين أساسيين: يشمل النموذج الأول التحاق الأطفال المعاقين ببرنامج للأطفال غير المعاقين، وهذا النموذج هو النموذج التقليدي والمألوف في ميدان التربية الخاصة في معظم الدول، أما النموذج الثاني فيشمل تعليم الأطفال غير المعاقين في مؤسسات الأطفال المعاقين، وتتفاوت نسبة الأطفال المعاقين إلى الأطفال غير المعاقين من مؤسسة إلى أخرى فهي أحيانًا تكون متساوية وأحيانًا تكون بواقع (٨٠%)

معـاقين إلـى (٢٠%) غيـر معـاقين.[١] وقـد اقتـرح الـدارس علـى العـاملين بـالمركز: "بأنـه بـدلاً مـن الاكتفـاء بالسماح للأطفـال العـاديين بزيـارة المركـز، يفضل أن يتم تطبيق نظام الدمج الذي يسمح بقبول الأطفال العـاديين للالتحـاق بـالمركز مـع أقرانهم مـن المعـاقين ، وخاصـة أن هذا النمـوذج تـم تطبيقـه فـي تجارب كثيرة تحت مسمى الدمج العكسي".

إلا أنـه تـم رفض الاقتـراح مـن معظـم العـاملين بـالمركز وذلـك لوجـود مجموعة مـن المبـررات لـديهم:أولهـا: بـأن الـدمج فـي هـذه السـن المبكـرة قد لا يكون مناسب للأطفال وثانيها: أن وجود الأطفال العاديين بالمركز بصفة دائمة قـد يشـتت الجهـود المبذولـة مـع الأطفـال المعـاقين، وثالثهـا: أن آبـاء الأطفـال العاديين قد لا يقبلون بالتحاق أطفالهم بمركز التدخل المبكر باعتبـاره مؤسسـة خاصة بالأطفال المعاقين.

إلا أن الدارس لا يتفق مع هذه الآراء فيما تراه من مبـررات لعدم تطبيـق نظام الدمج، وذلك يرجع إلى أن هناك العديـد مـن نتـائج الدراسـات التـي أشـارت إلى أن مرحلة الطفولة المبكرة هي أفضل وقت للبدء بدمج الأطفال المعاقين مـع الأطفال العاديين، ومـن الأسـباب الرئيسـية التـي تكمـن وراء ذلـك هـو أن بـرامج الطفولة المبكرة عمومًا تتوقع أن يتطور الأطفال بمعدلات متفاوتة، فالفروق فـي قدرات الأطفـال ومهـاراتهم شـيء متوقـع وهـذه الفـروق الفرديـة أكثـر قبـولاً فـي مرحلة ما قبل المدرسة عنهـا فـي المراحـل المدرسـية اللاحقـة، كمـا أن المعلمـين في مرحلة ما قبل المدرسة لا يهتمون بنتائج التعلم والاختبارات بقدر ما يهتمـون بعملية التعلم والنمو.[٢] كما كشفت نتـائج دراسـات أخـرى أنـه مـع وجـود تناسـق جيد للحاجـات الفرديـة للأطفـال فـإن دمـج الأطفـال ذوي الإعاقـات الأصـغر سـنًا عادة ما يحقق الفائدة المرجوة منه وكذلك فهناك في واقع الأمر العديد من الأدلـة التـي تـؤكد علـى دمـج الأطفـال ذوي الإعاقـات الأصـغر سـنًا فـي مجموعـات مـع أقرانهم غير المعاقين أكثر من تلك التي تؤكد على عملية الدمج في سن أكبر.[٣]

أما فيمـا يتعلـق بتـأثيرات الـدمج علـى الأطفـال العـاديين، فـإن الدراسـات العلمية المتوفرة حاليًا تشير إلى أن الأطفال العـاديين الـذين يـتعلم معهـم أطفـال معاقون في نفس الصـف يحققـون مسـتويات عاديـة مـن النمـو والتحصـيل ؛ ممـا

---

(١)جمال الخطيب، منى الحديدي، المدخل إلى التربية الخاصة، مرجع سابق، ص ص ٣١ – ٣٢.

(٢)جمال الخطيب، منى الحديدي، التدخل المبكر: مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، مرجع سابق، ص ٣٣٩.

(٣) دانيال. ب. هالاهان، جيمس.م. كوفمان، سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم: مقدمة في التربية الخاصة، مرجع سابق، ص ١٤٢.

يعني أن الدمج لا يترك تأثيرات سلبية تُذْكر على نموهم فهم لا يقلدون السلوكيات التي قد تصدر عن الأطفال المعاقين إلا إذا تم تعزيزهم على القيام بذلك، ولكن ذلك لا يعني أن الأطفال العاديين لا يمكن أن يقلدوا الأطفال المعاقين أبدًا، وإذا حدث ذلك فإن السلوك غير التكيفي الذي قاموا بتقليده لن يستمر إذا لم يحصل على تعزيز من المعلمين والآباء والرفاق.(١)

مما سبق ترى الدراسة الحالية أن اكتساب الأطفال المعاقين للمهارات الاجتماعية يتطلب أن يتم دمجهم مع أقرانهم من الأطفال العاديين، فالأطفال المعاقون بحاجة إلى التفاعل الاجتماعي مع أقرانهم من العاديين، وذلك حتى يمكنهم التعلم بالمحاكاة والتقليد الذي يتطلب توفر نماذج مناسبة، ولا يعني الدمج هنا مجرد وضع الأطفال المعاقين والعاديين في المكان نفسه دون تخطيط مسبق، لأن ذلك قد يقود إلى مشكلات وصعوبات وليس إلى تحقيق الأهداف المرجوة، ولكن يجب أن يكون هناك تخطيط يضمن توفر الشروط الأساسية لعملية الدمج بالإضافة إلى تطوير اتجاهات ذوي العلاقة جميعًا بمن فيهم الأطفال، وأولياء أمورهم، والأخصائيين، والمعلمين، والإداريين، حتى يمكن المشاركة بفاعلية في عملية الدمج.

أما فيما يتعلق بالأنشطة التي تقدمها المركز للأطفال المعاقين، فقد توصل الدارس إلى أن مركز التدخل المبكر ينظم للأطفال المعاقين حفل استقبال في بداية العام، مما يعمل على بناء علاقة إيجابية بين الطفل وأسرته من ناحية وبين مركز التدخل المبكر من ناحية أخرى، بالإضافة إلى إشعار الطفل بالحب والتقبل من العاملين بالمركز، مما يساعد على اندماجه في المركز بشكل إيجابي.

كما لاحظ الدارس أن المركز تنظم للأطفال الملتحقين بها رحلات ترفيهية مجانية أثناء العام الدراسي، وتسمح المركز لأسر الأطفال بالمشاركة في هذه الرحلات مجانًا، حيث توفر المركز كافة مستلزمات هذه الرحلات من وجبات وألعاب وهدايا وبرامج ترفيهية، كما تنظم المركز للأطفال حفل ختامي في نهاية العام يتم فيه تقديم الهدايا للأطفال المعاقين وأسرهم. ويرى الدارس أن ذلك يكسب الأطفال المعاقين الكثير من المهارات، كما يخلق جو من المرح والبهجة في نفوس الأطفال المعاقين، وأسرهم.

---

(١) جمال الخطيب، منى الحديدي، التدخل المبكر:مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، مرجع سابق، ص ٣٤٣.

أما فيما يتعلق بأنشطة اللعب والموسيقى والرسم، ودورها في تحسين الجانب الاجتماعي لدى الأطفال المعاقين، فقد لاحظ الدارس أنه لا توجد برامج منظمة لهذه الأنشطة بمركز التدخل المبكر، وأنه إذا قام الطفل بممارسة بعضًا من هذه الأنشطة فإنه يمارسها بطريقة فردية تلقائية دون إشراف أو توجيه، ومن غير برنامج مخطط له مسبقًا. كما لاحظ الدارس أنه لا يتوفر بالمركز أخصائيين لتدريب الأطفال على هذه الأنشطة.

وترى الدراسة أن هذا أحد جوانب القصور في إكساب الأطفال المعاقين المهارات الاجتماعية، حيث يمكن للأنشطة الموسيقية والفنية، وأنشطة اللعب أن تكون وسيلة فعالة لتسهيل إقامة العلاقات الاجتماعية المختلفة بين الأطفال المعاقين بعضهم البعض من ناحية، وبين محيطهم الاجتماعي من ناحية أخرى.

ويؤيد ذلك ما توصلت إليه الدراسات من أن تلك الأنشطة تعمل على تنمية التواصل لدى الأطفال المعاقين، سواء أكان هذا التواصل لفظيًّا أو غير لفظي، كما أنها تحد كثيرًا من العزلة الاجتماعية التي قد تفرض على الطفل، أو يفرضها الطفل على نفسه، وتساعدهم بالتالي على المشاركة في المواقف والتفاعلات الاجتماعية المختلفة بدلاً من بقائهم بعيدًا عن مثل هذه المواقف والتفاعلات، كما أن لهذه الأنشطة القدرة على إكساب الأطفال المعاقين الكثير من السلوكيات الاجتماعية المقبولة، والحد من العديد من السلوكيات غير المقبولة التي قد تصدر عنهم ومساعدتهم على إقامة علاقات اجتماعية مما يؤدي إلى تعليمهم العديد من المهارات الاجتماعية.[١]

---

(١) يمكن الرجوع إلى:

- نجلاء محمد الروبي، " تصميم برنامج أنشطة لعب لإكساب أطفال الرياض الصم بعض المهارات الاجتماعية "، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة حلوان، ٢٠٠٥ م.
- *Jan M. Nicholson &Others ," Impact of Music Therapy to Promote Positive Parenting and Child Development", Journal of Health Psychology , March 2008 ,Vol.13,No.2: PP.226-238.*
- مانيرفا رشدي أمين، فاعلية برنامج قائم على استخدام مجموعة من الأنشطة المتنوعة بالموسيقى لتعليم الطفل المتوحد بعض المهارات الاجتماعية، دراسات تربوية واجتماعية، مجلد (١٤)، العدد الثاني، إبريل ٢٠٠٨م، ص ص ٨٣٧ – ٨٨٤.
- *Emily Finnigan and Elizabeth Starr," Increasing social responsiveness in a child with autism: A comparison of music and non-music interventions", Autism: the international journal of research and practice, July 2010 ; Vol. 14 ,N.4: PP. 321 – 348.*

مما سبق وبعد أن تناولت الدراسة واقع تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين بمركز التدخل المبكر، فإن الدراسة الحالية ترى أنه لكي تكتمل التربية الخاصة للأطفال المعاقين بمراكز التدخل المبكر بصورة سليمة ؛ فإنه يجب على تلك المراكز أن توفر لأطفالها العديد من الخبرات الاجتماعية التي تساعد الطفل على التفاعل والتكيف مع عناصر بيئته الاجتماعية بما تحويه من عناصر بشرية كالأقران والوالدين والمعلمين والأقارب، أو من عناصر غير بشرية والتي تتمثل في العادات والتقاليد والنظم التي يتبناها المجتمع، على أن يتم ذلك من خلال توفير مجموعة من الأنشطة والخبرات الاجتماعية التي يمكن للطفل التدرب عليها وممارستها بما يتناسب مع إعاقته، والتي يمكن للطفل أن يكتسب من خلالها العادات والسلوكيات المقبولة اجتماعيًّا مما يجعله قادرًا على تحقيق تفاعل اجتماعي إيجابي مع الآخرين من حوله، لأن جوهر عملية التنشئة الاجتماعية هو تشكيل السلوك الاجتماعي، فعن طريقها يتعلم الطفل ويكتسب قيمه ومعاييره واتجاهاته التي تحدد سلوكه اجتماعيًّا، أي أنها تتحكم في عملية التوافق الاجتماعي وبناء حياة اجتماعية سليمة.

- المهارات الاستقلالية: *Independent Functioning Skills*

إن الهدف الرئيسي للتنشئة الاجتماعية للأطفال المعاقين هو الوصول بهؤلاء الأطفال إلى الاستقلالية، والاعتماد على الذات ضمن ما تسمح به قدراتهم وإمكاناتهم، وهكذا تعتبر المهارات الاستقلالية جزءًا هامًا من برامج التربية الخاصة للأطفال المعاقين، وقد تعددت المصطلحات التي تعبر عن مفهوم المهارات الاستقلالية ومنها: (المهارات الاستقلالية *Independent Functioning Skills* مهارات الحياة اليومية *Daily Living Skills*، المهارات المعيشية *Life Skills*).

وعادة ما ينمي الأطفال العاديين هذه المهارات تدريجيًّا بعد أن يتمكنوا من المشي والجري واكتساب المهارات الحركية الكبيرة، ويساعدهم على ذلك تعلمهم اللغة والكلام، وتبدأ تنمية هذه المهارات تدريجيًّا.[١]فالمهارة عبارة عن حركات متتابعة متسلسلة يتم اكتسابها عادة عن طريق التدريب المستمر، وهي إذا ما اكتسبت وتم تعلمها تصبح عادة متأصلة في سلوك الطفل حيث يقوم بها دون سابق تفكير في خطواتها.[٢]

---

(١) سعدية محمد بهادر ،أطفالنا في الألفية الثالثة، مرجع سابق، ص ٤٢.
(٢)المرجع السابق، ص ٢٦.

ولكن بعض الأطفال لا يطورون المهارات الاستقلالية بسهولة أو بصورة طبيعية، وذلك نتيجة لما يعانونه من مشكلات تتعلق بقدراتهم العقلية أو النمائية أو الجسمية مما يجعل التقدم في تعلم هذه المهارات لا يسير دائمًا بالسرعة المطلوبة وفيما يلي سوف تتناول الدراسة واقع تدريب الأطفال المعاقين على أهم هذه المهارات بمركز الأمل للتدخل المبكر، والتي تتمثل في مهارات تناول الطعام ومهارات ارتداء الملابس، ومهارات استخدام دورة المياه.

أ- مهارات تناول الطعام: *Eating skills*

الأكل هو إحدى أولى القدرات التي يطورها الطفل لتلبية احتياجاته وفي العادة تزداد مهارات الأكل عند الطفل تدريجيًّا من دون تدريب خاص، وأول ما يتعلمه الطفل هو استعمال شفتيه ولسانه لمص السوائل وبلعها، ويتعلم في وقت لاحق عض الأطعمة الجامدة ومضغها، ووضع الطعام في فمه وتزول انعكاسات إدارة الرأس والمص تدريجيًّا مع تعلم الطفل التحكم بحركات أكله، لكن بعض الأطفال لا يطورون مهارات الأكل بسهولة أو بصورة طبيعية وقد يكون ذلك نتيجة لأن تطور الطفل ككل بطيء ومتأخر، أو لمعاناته من إعاقة ما.[١]

لذا تعد مهارات الأكل أو مهارات تناول الطعام إحدى المهارات الاستقلالية الرئيسة للأطفال المعاقين، التي يعتمد إتقانها على عدد من العوامل مثل العمر الزمن للطفل، ونوع إعاقته ودرجتها، ومدى مناسبة الأطعمة وطبيعتها، ويتمثل الهدف العام في تنمية مهارات تناول الطعام لدى الأطفال المعاقين في تعويدهم على إطعام أنفسهم باستقلالية، وقيامهم بأنماط السلوكيات الاجتماعية المناسبة ذات العلاقة بمهارات تناول الطعام كاستعمال أدوات المائدة، ومراعاة آداب الطعام.

ومن خلال ملاحظات الدارس لمهارات تناول الطعام لدى الأطفال المعاقين بمركز الأمل للتدخل المبكر توصل إلى أن هناك صعوبات عديدة تواجه الأطفال المعاقين في سبيل اكتسابهم لهذه المهارة، فبعض الأطفال يجد صعوبة في الأكل نظرًا لضعف فمه وشفتيه وضعف تحكمه برأسه، وهناك من الأطفال من يواجهون صعوبات أكثر تعقيدًا كضعف توازن الجسم، وغياب التحكم بالفم والرأس والجسم بدرجة كبيرة، ومنهم من يواجه صعوبات

---

(١)عبد الفتاح رجب مطر،اضطرابات الأكل لدى العاديين والمعاقين: اتجاهات حديثة، مرجع سابق،ص ٤٧.

في التنسيق بين العين واليد، وبالتالي صعوبة في الإمساك بالطعام، وإيصاله إلى الفم.

كما لاحظ الدارس أن بعض الأمهات يواصلن إطعام أطفالهن بواسطة (زجاجة الرضاعة)، مع أن بعض هؤلاء الأطفال بلغ سن الثالثة أو الرابعة ولا يعاني من صعوبة في أكل الطعام أو مضغه، وعلى الرغم من ذلك تستمر الأم في معاملة طفلها وإطعامه كما لو كان رضيعًا، وتبرر الأم ذلك بأن الطفل متعلق بها، مما يدل على أن بعض الأمهات يقدمن الحماية الزائدة لأطفالهن المعاقين مما يجعلهم اعتماديين على الآخرين في تناولهم للطعام، لذا يمكن القول أن أحد الأسباب التي تجعل الطفل بطيء في تطوير مهارات تناول الطعام بنفسه هو أن أمه تستمر في عمل كل شيء من أجله، فنظرًا لما يعانيه الطفل المعاق من صعوبات فقد تستمر الأم في معاملته كطفل صغير، وقد لا تعطي الأم طفلها إلا (زجاجة الرضاعة)، وإذا قدمت له الطعام فإنها تضعه في فمه بدلاً من تشجيعه على أن يتناوله بنفسه.

أما فيما يتعلق بواقع تدريب الأطفال المعاقين على مهارات تناول الطعام بمركز الأمل للتدخل المبكر فقد لاحظ الدارس أن أخصائي العلاج الوظيفي ومعلمة التدخل المبكر هما من يقومان بتدريب الأطفال على هذه المهارات، وعند سؤال أخصائي العلاج الوظيفي عن دوره في تدريب هؤلاء الأطفال أجاب: "أنني لا أقوم بتدريب الطفل على مهارات تناول الطعام بصورة مباشرة، ولكن دوري هو تدريب الطفل على المهارات الأساسية، والتي تعتبر لازمة لمهارات تناول الطعام، كمهارة الإمساك بالأشياء، وتقوية عضلات الفم، ومهارات تحريك اللسان والفكين ومهارات التناسق بين العين واليد، وإذا نجح الطفل في تعلم هذه المهارات الأساسية سيكون قد أحرز خطوات مهمة في سبيل تعلمه لمهارات تناول الطعام وغيرها من المهارات الأخرى".

وعند سؤاله عن الصعوبات التي تواجه الأطفال المعاقين في اكتسابهم لمهارات تناول الطعام أجاب: "تتنوع الصعوبات التي يمكن أن تواجه الأطفال المعاقين في تناولهم للطعام بين صعوبات مرتبطة بمشاكل حركية أو حسية أو كليهما معًا، وتضم المشاكل الحركية صعوبة السيطرة على حركة الفك واللسان والشفتان والخدان، والتي ترجع عادة لزيادة أو نقصان في قوة العضلات، لذلك فإن هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى تقوية العضلات حتى يتمكنوا من السيطرة على مشاكلهم في تناول الطعام، أما المشاكل الحسية فهي

أكثر صعوبة حيث تشمل حساسية لمس الطعام للفم، ويوجد بالمركز طفل لديه هذه المشكلة، لدرجة أنه لا يتقبل لمس الطعام أو الملعقة أو حتى اليد لفمه، ويستجيب للمس حول فمه بإغلاقه بشدة رافضًا فتحه، وإذا وضع الطعام في فمه فإنه يتقيأه، مما جعل الأطباء يضعون له أنبوب بمعدته حتى يتم إطعامه من خلاله، ومن جهة أخرى فهناك أطفال يعانون من حالة معاكسة، أي أنهم يفتقدون للإحساس الكافي في أفواههم مما يصعب عليهم معرفة كمية الطعام أو كيف يحركونه أو متى يبتلعونه، لذا تشاهد الطعام على أذقانهم جراء سيلان اللعاب دون أن يحسوا بذلك، ويحتاج هؤلاء الأطفال إلى تدريبات مكثفة لتطوير مهاراتهم في تناول الطعام".

أما فيما يتعلق بدور معلمة التدخل المبكر في تدريب الأطفال المعاقين على مهارات تناول الطعام، فقد لاحظ الدارس أنها تقوم بتدريب بعض الأطفال على هذه المهارات، فقد لوحظ أنها تدرب طفلة تعاني من متلازمة (داون) على الإمساك بالملعقة ووضعها في الطبق ثم تأخذ بيد الطفلة إلى فمها مع كلمات الاستحسان والتعزيز، كما لوحظ أنها تدرب الأطفال على الإمساك بمجسمات لبعض الفواكه والخضراوات، إلا أن الدارس يرى أن التدريب على هذه المهارات غير مكتمل، فالطبق كان فارغًا من الطعام، كما أن الفواكه والخضراوات عبارة عن مجسمات بلاستيكية.

وعند سؤال معلمة التدخل المبكر عن سبب عدم وضع طعام في الطبق للطفلة، أجابت: "أننا كنا نضع الطعام في الطبق للأطفال قبل ذلك، ولكنهم كانوا يمسكون الملعقة ويضربون بها الطعام وينثرونه على الطاولة والسجادة وعلى ملابسنا، مما جعلنا نتراجع عن ذلك ونكتفي بتدريب الأطفال على استخدام أدوات المائدة، والإمساك بمجسمات الفواكه والخضراوات، وتركنا للأمهات تدريبهم على تناول الطعام في المنزل".

إلا أن الدارس لا يتفق مع المبررات السابقة حيث أنه عند تدريب الطفل أن يطعم نفسه، يجب أن يتوفر طعام محبب للطفل لأن الطعام في حد ذاته يعمل كمعزز قوي للتدريب، كما أن مهارات تناول الطعام تشمل التدريب على مضغ الطعام وبلعه، كما يجب على المعلمة أن تتقبل الحقيقة التي مفادها أنه عندما يتعلم الطفل المعاق تناول الطعام فإن ذلك بلا ريب سيصاحبه انسكاب الطعام وتناثره، ونظرًا لعدم توفر غرفة طعام مناسبة للأطفال المعاقين بالمركز، كان من الممكن أن يغطى جسم الطفل بمريلة بلاستيكية، وأن تغطى الأرض والطاولة بمفرش بلاستيكي، كما يجب تدريب الطفل على آداب تناول

الطعام حتى يتجنب السلوكيات الخاطئة أثناء تناوله، لأن تلك الآداب جزء من التدريب على مهارات تناول الطعام.

مما سبق يمكن القول أن مهارات تناول الطعام من أهم المهارات الاستقلالية التي يمكن أن تتطور وتنضج بالتدريب السليم وباكتساب الاتجاهات المناسبة تجاهها، لذا فإن على مراكز التدخل المبكر أن توفر للأطفال الملتحقين بها الظروف والبيئة الملائمة لتعلم هذه المهارات، حتى يتمكن الأخصائيون من إيجاد المواقف التي يمكن من خلالها تدريب هؤلاء الأطفال على الإمساك بأدوات المائدة وحسن استخدامها، والعناية بمضغ الطعام وبلعه، وغسل الأيدي قبل الأكل وبعده والمحافظة على نظافة المكان، وإعادة أدوات الطعام إلى مكانها، وإتباع عادات النظام والنظافة مع تصحيح الأخطاء الشائعة من الأطفال، واستخدام أسلوب التعزيز الإيجابي لتثبيت العادات السوية أثناء تناول الطعام، حتى يتمكن الأطفال من اكتساب مهارات إطعام أنفسهم.

ب - مهارات ارتداء الملابس *Training on Dressing Skills*:

تعد مهارة ارتداء الملابس من المهارات الأساسية التي تمكن الأطفال المعاقين من الاستقلالية الذاتية في ارتداء الملابس وخلعها والمحافظة على نظافتها، كما تعتبر هذه المهارة متطلب سابق لتعليم الطفل مهارة استخدام دورة المياه، فإذا لم يكتسب الطفل مهارة ارتداء الملابس وخلعها، فلن يتمكن من تحقيق مهارة استخدام دورة المياه بنجاح، لذا يجب الاهتمام بتدريب الأطفال المعاقين على هذه المهارة، مثلهم مثل غيرهم من الأطفال منذ عمر مبكر.

فعادة ما يطور الطفل العادي مهارات ارتداء الملابس تبعًا لتطور نموه حيث يلاحظ أنه قبل اكتمال السنة الأولى من عمره لا يفعل الطفل شيئًا، وعند عمر سنة يتعاون عند إلباسه، وعند عمر سنتين يخلع الملابس الفضفاضة، وعند عمر ثلاث سنوات يرتدي الملابس الفضفاضة، وعند عمر أربع سنوات يزر الأزرار الكبيرة، وعند عمر خمس سنوات يلبس لوحده باستثناء الخطوات الصعبة، وعند عمر ست سنوات يربط حذاءه.[١]

وبدراسة واقع تدريب الأطفال المعاقين على مهارات ارتداء الملابس بمركز الأمل للتدخل المبكر، لم يلاحظ الدارس وجود أي مهارات تدريبية لهذه المهارات كما توصل الدارس من خلال الحديث مع أولياء أمور الأطفال

---

(١) ديفيد ورنر، رعاية الأطفال المعوقين ، مرجع سابق، ص ٣٣٣.

المعاقين حول هذه المهارة إلى أن أغلبهم لا يعطي مهارات ارتداء الملابس أهمية كبيرة، ويفسر الدارس ذلك بأن هناك العديد من المهارات الأخرى التي يفتقر إليها الطفل، أو يعاني من قصور فيها، والتي تحظى باهتمام أكبر من قبل الوالدين، ولذا فإن عملية تدريب الطفل على أن يرتدي ملابسه بنفسه لا تحتل موقعًا متقدمًا على قائمة الأولويات كما أن بعض الأمهات ترى أنه من الأسهل بالنسبة لها أن تلبس الطفل بنفسها على أن تعاني من تدريبه على مهارات ارتداء ملابسه، حيث أن التدريب على هذه المهارات من وجهة نظرها يستهلك الكثير من الوقت والجهد.

إلا أن الدراسة الحالية ترى أن تدريب الطفل المعاق على ارتداء ملابسه وخلعها خطوة أساسية تجاه الاستقلالية، ويعتمد مدى واقعية هذا الهدف على نوع الإعاقة ومستواها، فإذا كان الطفل يتمتع بالمهارات الحركية اللازمة لتحقيق هذا الهدف فمن السهل تدريبه على القيام بذلك، أما إذا كان يمتلك الرغبة والفهم ولكنه لا يمتلك المهارات فيجب مساعدته من خلال جعله يشارك في هذه العملية إلى أقصى حد يستطيعه، فإذا كان الطفل لا يمتلك ما يلزم للسيطرة على الرأس والجذع، فيجب إجلاسه بطريقة تضمن تحكم أفضل للسيطرة عليهما، وعمومًا يجب تعليمه مهارة خلع الملابس لأنها مهارة أسهل من مهارة ارتداء الملابس، كما أن هناك قواعد لاختيار الملابس للأطفال المعاقين مما يسهل ارتداؤها وخلعها فيجب الحرص على اختيار ملابس واسعة قليلاً ذات أقمشة مرنة، كما من المهم اعتبار التدريب على مهارات ارتداء الملابس فرصة لمساعدة الطفل على التطور في مجالات عديدة في الوقت نفسه كالإدراك، والتوازن، والحركة، وحتى اللغة فيمكن على سبيل المثال التحدث مع الطفل لمساعدته على التعرف على أجزاء جسمه، وعلى معرفة أسماء الثياب مما يساعد الطفل على البدء بتعلم اللغة والربط بين أجزاء الجسم وبين الحركات والأشياء المحيطة.

جـ- التدريب على استخدام دورة المياه: *Skills training to use The toilet*

تعد مهارة استخدام دورة المياه من المهارات الاستقلالية الهامة للأطفال ذوي الإعاقة، حيث يعد عدم إتقان الطفل لهذه المهارة أحد أهم العقبات الأساسية التي تحول دون اندماجه في المجتمع، وقد يرجع التأخر في اكتساب هذه المهارة إلى مشاكل جسمية أو نفسية، إلا أن الدراسات تشير إلى أن هذه المهارة تتطور بشكل ملحوظ في حال تقديم البرامج التدريبية المنظمة والهادفة

من قبل معلمي الطفل وأسرته، حيث يمكن لمعظم الأطفال المعاقين أن يصبحوا مدربين كليًّا على قضاء حاجاتهم في سن تتراوح بين ثلاث وخمس سنوات.(١)

وتشتمل مهارة استخدام دورة المياه على بندين أساسيين هما: التدريب على استخدام دورة المياه، والعناية الذاتية داخل دورة المياه، ويتضمن التدريب على استخدام دورة المياه عددًا من الأهداف مثل: أن يعرف الطفل متى يحتاج إلى استخدام دورة المياه، أن يتجه بنفسه إلى دورة المياه عندما يحتاج إلى ذلك، أن يستخدم الطفل دورة المياه بمستوى جيد من النظافة وبمراعاة الشروط الصحية.

وبدراسة واقع تدريب الأطفال المعاقين على مهارات استخدام دورة المياه لاحظ الدارس أن الأطفال المعاقين بمركز الأمل للتدخل المبكر لا يتلقون أي تدريب على هذه المهارات، بل إنه عندما يحتاج بعض الأطفال قضاء حاجتهم، أو تظهر عليهم علامات ذلك، فإن الأخصائيين يطلبون من الأم أو من يكون بصحبة الطفل، أخذه إلى دورة المياه لقضاء حاجته.

وعند سؤال الدارس لمعلمة التدخل المبكر عن السبب وراء عدم تدريب الأطفال الملتحقين بالمركز على مهارات استخدام دورة المياه، أجابت بأن: "تدريب الطفل على هذه المهارات يحتاج إلى خصوصية في التعامل معها، لذا فلا يوجد أي شخص آخر يمكنه أن يدرب الطفل على هذه المهارة سوى الأم، فهذه المهارة تحتاج للتدريب على مدار اليوم، والطفل يقضي معظم الوقت في المنزل، كما أن معظم الأطفال الذين يأتون إلى المركز يستخدمون الحفاضات، لذا فإن عدد قليل منهم هم الذين يحتاجون إلى استخدام دورة المياه، وفي الغالب يكونون من الأطفال الذين يستطيعون ذلك لأن أمهاتهم تحضرهم إلى المركز بدون حفاضات".

إلا أن الدراسة الحالية ترى أنه من الضروري أن تعتمد برامج التدخل المبكر في جزء منها على تدريب الأطفال المعاقين على المهارات

---

(١) يمكن الرجوع إلى:

- بروس باكر، وآخرون، الدليل الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة: تعليم المهارات اليومية والاعتماد على النفس والتحكم في المشاكل السلوكية، ترجمة هاني محمد أحمد شتا، جيهان محمد محمود أبو شعيشع ، القاهرة: دار السلام للطباعة والنشر والتوزيع والترجمة، ٢٠٠٧م، ص ص ١٤٧ – ١٨٩.
- علي عبد الله مسافر، تعليم الأطفال المتخلفين عقليًا مهارات الحياة اليومية، القاهرة: دار السحاب للنشر والتوزيع، ٢٠١٠م، ص ص ١٣١ – ١٥٤.

الاستقلالية، والتي يعتبر استخدام دورة المياه من أهم عناصرها، حيث يجب مساعدة الأطفال المعاقين على أن يصبحوا مستقلين قدر الإمكان في قضاء حاجاتهم، فالتدريب على قضاء الحاجة أمر مهم لنمو استقلالية الطفل وكرامته. وإذا كان الطفل لا يسمع أو لا يفهم اللغة البسيطة، فإنه يحتاج إلى مزيد من التدريب من خلال رؤية الأشياء، وتدريبًا أقل بالكلام، ولابد من إيجاد إيماءات أو "إشارات" خاصة تدل على معاني الرغبة في قضاء الحاجة، وإذا كان الطفل عنيدًا ورافضًا التعاون عندما يطلب منه فعل أشياء بسيطة، يصبح التدريب على قضاء الحاجة أكثر صعوبة وخاصة أن بعض الأطفال المعاقين يتمتعون بحماية زائدة مما يجعل العناد ورفض الأشياء المطلوبة أمر شائع عند كثير منهم. لذا فإنه قبل تدريب أمثال هؤلاء الأطفال على قضاء الحاجة يفضل العمل على تحسين مواقفهم وسلوكهم. وإذا كانت الإعاقة الجسدية تجعل من الصعب على الطفل أن يستخدم دورة المياه، فإنه يجب البحث عن أدوات أو طرق مختلفة لمساعدته على أن يصبح مستقلاً قدر الإمكان.

الفصل الرابع

تصور مقترح للارتقاء
بدور مراكز التدخل المبكر
في
التربية الخاصة للأطفال المعاقين

بعد أن كشف الكتاب بشقيه النظري والميداني عن العديد من جوانب دور مراكز التدخل المبكر في التربية الخاصة للأطفال المعاقين . يحاول المؤلف خلال هذا الفصل وضع تصور مقترح للارتقاء بمراكز التدخل المبكر كمنطلق لمحاولة تقديم بعض سبل تطويرها للقيام بدورها في التربية الخاصة للأطفال المعاقين الملتحقين بها ، وسوف يضم هذا الفصل المباحث الآتية :

- ✓ أولاً : فلسفة التصور المقترح
- ✓ ثانيًا : الأسس التي يستند عليها التصور المقترح .
- ✓ ثالثًا : الأهداف التي يسعى التصور المقترح إلى تحقيقها .
- ✓ رابعًا : محاور التصور المقترح .

وفيما يلي تفصيل ذلك :

أولاً : فلسفة التصور المقترح .

إن المراحل العمرية المبكرة مهمة لنمو الأطفال جميعًا بمن فيهم الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة بل لعلها تكون أكثر أهمية بالنسبة للأطفال المعاقين لأنهم غالبًا ما يعانون من تأخر نمائي يتطلب التغلب عليه القيام بتنشئة فاعلة من شأنها استثمار فترات النمو الحرجة أو الحساسة، ففي السنوات الست الأولى من العمر يتعلم الإنسان العديد من المهارات التي تشكل بمجملها القاعدة التي ينبثق عنها النمو المستقبلي، حيث تعتبر هذه المرحلة العمر الأمثل لتعلم واكتساب تلك المهارات.

لذا كان على المحيطين بالطفل المعاق تدريبه على اكتساب هذه المهارات بما يساعده على الاعتماد على النفس مستقبلا، ويمكنه من الاستفادة من قدراته وحسن استخدام طاقاته الذاتية، وهذا لا يتم إلا بإثراء البيئة بالمثيرات المختلفة التي تنمي حواسه وتستثمر قدراته المختلفة. فالطفل المعاق لا يعتمد في تعلمه واكتسابه لمثل هذه المهارات على استعداداته الجسمية والعضلية والعصبية فقط وإنما يرجع اكتسابه لها إلى التنشئة التي توفر له الظروف والإمكانات البيئية الخاصة التي تساعده على اكتسابها، والتوجيه اللازم خلال التدريب عليها.

وتتعدد المهارات الأساسية اللازمة للطفل المعاق والتي تسعى التربية الخاصة لإكسابه إياها والتي من بينها المهارات الحركية ، ومهارات اللغة والتواصل، والمهارات الاجتماعية ، والمهارات الاستقلالية ، و تجدر الإشارة إلى أن تعلم الطفل لهذه المهارات واكتسابه لها لا يعتمد على استعداداته

المحيطة به، وإلى الفرص المتاحة أمامه لاكتسابها والتوجيه الذي يلقاه خلال التدريب عليها.

فبإعداد البيئة الغنية تربويًا، وتقديم الخبرات الملائمة يستطيع الطفل أن يبلغ أقصى طاقة من النمو الجيد، أما إذا لم تتوافر الإمكانات والمثيرات البيئية المختلفة، وواجه الطفل الحرمان البيئي فإن نموه يتأخر بصورة كبيرة، ويؤدي حرمانه هذا إلى خسارة جزء كبير من الخبرات الضرورية في هذه المرحلة، مما يؤدي إلى خلل في اكتساب الطفل للمهارات اللازمة له.

وبذلك فإن التربية الخاصة للأطفال المعاقين تسعى لإكساب هؤلاء الأطفال المهارات الأساسية اللازمة لهم، والتي تساعدهم على التكيف مع بيئاتهم وممارسة الأدوار المنوطة بهم في هذه المرحلة العمرية، وإذا أغفلت التربية الخاصة هذا الهدف في هذه المرحلة فإنه سينتج عن ذلك المزيد من الإعاقات الثانوية المترتبة على الإعاقة الأصلية للطفل، بل إن عدم اكتساب الأطفال المعاقين لهذه المهارات في الوقت المناسب لاكتسابها سوف يؤدي إلى تعذر اكتسابها فيما بعد، مما يترتب على ذلك من آثار سلبية يصعب علاجها.

وانطلاقا مما سبق يتضح أن مراكز التدخل المبكر تمثل البيئة المناسبة لتقديم البرامج التي تهدف لإكساب الطفل هذه المهارات ، والتي يتم من خلالها تقديم العديد من الخدمات والأنشطة والإجراءات التربوية التي تلبي حاجات هؤلاء الأطفال ، وتدعم البيئة التي يعيشون فيها بما في ذلك الأسرة والمجتمع الحلي .

حيث تهدف هذه المراكز إلى تنمية قدرات ومهارات الطفل المعاق في نفس المجالات التي ينمو فيها الطفل العادي ، وإشباع حاجاته وحاجات أسرته والاستفادة من الطفل كعضو نافع في المجتمع وتوفير الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية والتربوية له عن طريق فريق متعدد التخصصات ، وذلك من خلال التشخيص المبكر للحالات وتقديم الرعاية المتكاملة والبرامج المتخصصة .

ومن هنا تتضح الحاجة الماسة لصياغة تصور مقترح يرتقي بالدور الذي يمكن أن تقوم به هذه المراكز في التربية الخاصة للأطفال المعاقين .

ثانيًا : الأسس التي يستند عليها التصور المقترح .

يجدر بالمؤلف قبل أن يشرع في تحديد ملامح التصور المقترح أن يبرز بعض الأسس التي يستند عليها بناء ذلك التصور والتي تتمثل في :

- فترة الطفولة المبكرة من أهم الفترات في تكوين شخصية الفرد ، فهي مرحلة تكوين وإعداد ، فيها ترسم ملامح شخصية الفرد مستقبلاً ، ويمر الفرد في هذه المرحلة ببعض الظروف التي تنذر بالمشكلات التي سيكون عليه أن يواجهها ، والإعاقة في حد ذاتها مشكلة ، فإذا أضيفت الإعاقة إلى مشكلات الطفولة ظهرت أهمية التربية الخاصة السليمة للأطفال المعاقين حتى يمكن تجنب هذه المشكلات أو التقليل من آثارها .
- إذا لم يمكن منذ البداية الوقاية من الإعاقات فإن الواجب الأول هو بذل الرعاية المبكرة لأولئك الأطفال المعاقين من أجل تنمية قدراتهم الجسدية والذهنية والعناية بتنشئتهم حتى يمكن إدماجهم في الوسط الاجتماعي الذي يعيشون فيه بقدر المستطاع ، ويتم ذلك من خلال التدخل التربوي المبكر ، حيث يعتبر التدخل المبكر وقاية ثانوية من الإعاقة ، أي أنه يرمي إلى الحد من مضاعفاتها ومن تطورها السلبي وتخفيفها إلى أقصى حد ممكن ، فكلما كان التدخل التربوي مبكرًا كلما أمكن الحد من الإعاقة .
- إن التدخل المبكر يوفر الأساس للتعلم التالي أو اللاحق ، وبالتالي كلما تم الإسراع باستخدام برنامج للتدخل المبكر كان أكثر احتمالاً أن يستمر الطفل في تعلم مهارات أكثر تعقيدًا ، لذا فإن التحاق الطفل المعاق بمراكز التدخل المبكر قد يخفف أو يمنع الإعاقة وبالتالي إلى تخفيف الجهد والتكلفة المادية المتوقعة لاحقًا والمترتبة على تقديم خدمات تربوية متخصصة .
- إذا لم تقدم للطفل خدمات التدخل المبكر سيتدهور وضعه غالبًا بشكل مطرد ، وقد ينجم عن المشكلة الرئيسية التي يعاني منها مشكلات عديدة أخرى ، والتدخل المبكر الفعال الذي يوفر الخدمات المناسبة في مثل هذه المرحلة الحرجة ، قادر ليس على وقف التدهور فقط بل وعلى الوقاية من العواقب المحتملة للمشكلة وتفاقمها .
- يحتاج الأطفال المعاقون إلى الشعور بالاطمئنان والإحساس بالأمن ، لذا فإن مراكز التدخل المبكر تكتسب أهمية كبيرة بالنسبة للأطفال المعاقين حيث توفر برامج التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقة أو المهددين بها مجموعة من المواقف التفاؤلية والتعويضية

- التي توفر لهم الرعاية والملاذ الآمن وبالتالي النضج المناسب في جميع المجالات .
- إذا كانت التربية فيما قبل المدرسة تشكل أهمية كبيرة للأطفال العاديين فإن هذه الأهمية لابد وأن تمثل ضرورة قصوى للأطفال المعاقين ، لأن تلك التربية المقدمة لهم تحتاج إلى نوع وأسلوب خاص يتلاءم مع نوع ومستوى إعاقاتهم ، لذا فإن حرمان الطفل المعاق من الالتحاق بمراكز التدخل المبكر يعد ظلمًا تربويًّا له ، وإهدارًا لمبدأ تكافؤ الفرص .
- إن كل طفل من الأطفال المعاقين يعد في حاجة إلى برنامج تربوي فردي خاص به يتم تصميمه وتنفيذه خصيصًا له حتى يمكن أن يأتي الأمر بنتائج إيجابية عند تعليمه ، لذا فإن أهم ما يميز مراكز التدخل المبكر هو قدرتها على توفير من البرامج الفردية للأطفال المعاقين .
- إن وجود طفل معاق لأسرة ما يجر عليها مشكلات إضافية وعلاقات أسرية أكثر تعقيدًا ، وقد يكون له الأثر الكبير في إحداث تغير في تكيف الأسرة وإيجاد خلل في التنظيم النفسي الاجتماعي لأفرادها ، بغض النظر عن درجة تقبل الأسرة لهذا الطفل، لذا فإن تنشئة الطفل المعاق بمراكز التدخل المبكر هو في الحقيقة تخفيف لوطأة وقسوة الإعاقة على الطفل المعاق نفسه وعلى أسرته ، كما أنها تجنب الطفل أضرار التنشئة المنزلية الخاطئة أو نتائج الإهمال من جانب الأسرة ، هذا بالإضافة إلى أن والدي الطفل المعاق بحاجة إلى مساعدة في المراحل الأولى لكي لا تترسخ لديهما أنماط تنشئة غير بناءة .

ثالثًا : أهداف التصور المقترح:

يهدف المؤلف من خلال التصور المقترح إلى الارتقاء بدور مراكز التدخل المبكر في التربية الخاصة للأطفال المعاقين ، وذلك من خلال صياغة تصور مقترح وفقًا للمحاور التالية :

١- مباني مراكز التدخل المبكر وتجهيزاتها .
٢- مهام ومسئوليات فريق العمل بمراكز التدخل المبكر .
٣- الإجراءات المتبعة بمراكز التدخل المبكر .
٤- مجالات التربية الخاصة للأطفال المعاقين بمراكز التدخل المبكر.

رابعًا : محاور التصور المقترح :

١- مباني مراكز التدخل المبكر وتجهيزاتها:

يجب التأكيد على ضرورة الاهتمام بالبيئة المادية التي تتم فيها عملية التربية الخاصة للأطفال المعاقين ، ويعتبر مبنى مركز التدخل المبكر هو أحد جوانب هذه البيئة ، فهو من الوسائل الهامة في عملية تنشئتهم شأنه شأن فريق العمل والبرامج بالنسبة للأطفال ، فيمكن لمبنى المركز أن يعيق النمو ، ويكبل القدرات كلما كانت مكوناته غير وظيفية ، لذا يجب أن يكون مركز التدخل المبكر وظيفيًا بمعنى أن يراعي طبيعة الهدف من المركز ووظائفه وتلبية متطلبات الطفل المعاق وتحقيق الأمن البدني والنفسي له .

وفي ضوء ذلك فإن المؤلف سوف يقدم بعض المقترحات المتعلقة بمباني مراكز التدخل المبكر من حيث موقعها ، وتصميمها ، وتجهيزاتها .

- موقع المبنى :

– لابد أن يراعي موقع المبنى الشروط البيئية والصحية والتي تتضمن تحديد مواصفات البيئة الطبيعية التي ينبغي أن تحيط بالمركز والتي من شأنها أن تحفظ صحة الطفل من كل تهديد وتوفر له مناخًا سليمًا يساعد على النشاط لذا ينبغي أن يكون موقع المبنى بعيدًا عن الضوضاء والمصانع ومصادر التلوث البيئي ، ويفضل أن يكون موقع المركز قريب من المساحات الخضراء ليبعث ذلك البهجة والسرور في نفوس الأطفال .

– لابد أن يتوفر لموقع المبنى شروط الأمن والسلامة ، وذلك بهدف تجنيب الطفل جملة من المخاطر التي قد يتسبب بها سوء اختيار الموقع ، حيث يستحسن ألا يقع مدخل المركز مباشرة على أحد الشوارع الرئيسة . أي توفير فراغ تمهيدي للمدخل أو وضع المدخل على أحد الشوارع الفرعية .

– يجب أن يراعي اختيار موقع المركز الشروط العمرانية ، وهي الشروط التي تصف موقع المركز بالنسبة للنسيج العمراني للمدينة أو البلدة التي يقع فيها والشرط البديهي الذي يظهر في هذا الصدد هو ضرورة إنشاء مراكز التدخل المبكر في مناطق آهلة بالسكان حيث التجمعات السكنية ، بحيث يكون المركز قريب من سكن الطفل حتى لا يشعر بالغربة والبعد عن أسرته .

- من الضروري أن يتيح موقع المركز إمكانية توفير وسائل انتقال من وإلى المركز ، حيث تعد مشكلة تنظيم نقل الأطفال المعاقين من المشاكل الأساسية، ولذا يجب أن تكون على أسس علمية وتربوية إذ أن عملية تنظيم النقل لابد أن تكون بالشكل الذي لا يؤدي إلى شعور الأطفال بالإرهاق نتيجة الانتظار أو البقاء والتجول في السيارة فترة طويلة .
- يجب أن يتوفر لموقع مركز التدخل مياه صالحة للشرب ، وشبكة صرف صحي سليمة ، وشبكة كهرباء تعمل بكفاءة ، ووسائل تخلص من القمامة بطريقة صحيحة وصحية ، وشبكة اتصالات فعالة .

- تصميم المبنى وشكله الخارجي :

يقترح المؤلف أنه عند تصميم مبنى مركز التدخل المبكر أن يكون شكل المبنى قريبًا من شكل المنزل مما يساعد على إشاعة الشعور بالانتماء والطمأنينة ، وأن يكون طابقًا أرضيًّا واحدًا حتى يسهل الإشراف عليه وضمانًا لسلامة الأطفال كما يشترط توفر الشروط الصحية المناسبة للأطفال من حيث الإضاءة والتهوية والمرافق الصحية ، ويجب أن تكون مساحة المبنى مناسبة لعدد الأطفال وحاجاتهم النمائية ، وأن يكون مظهر المركز الخارجي والداخلي جميلاً ومزينًا بألوان الطلاء الزاهية الجذابة والمحببة إلى نفوس الأطفال والتي تبعث في قلوبهم الراحة والأمان .

- مكونات المبنى وتجهيزاته :

أما فيما يتعلق بمكونات وتجهيزات مراكز التدخل المبكر فإن المؤلف يقترح أن يشتمل مبنى المركز على المرافق والمكونات التالية :

- الحديقة وتجهيزاتها :

تعتبر الحديقة الخارجية وتجهيزاتها ضرورة بكل مركز للتدخل المبكر بل وأساس لعملية التربية الخاصة بهذه المراكز ، فالاهتمام بالحديقة وتجهيزاتها لا يقل أهمية عن البيئة الداخلية للمركز ، لذا ينبغي أن تكون الحديقة واسعة وآمنة ومستوية دون عوائق ، يحيط بها سور مرتفع ، وأن يكون جزءًا منها مظللاً يفرش بالرمل الناعم وأن تجهز هذه الساحة بألعاب خارجية وظيفية تستجيب لمقاييس السلامة . على أن يراعى عند تصميم وتنفيذ وتجهيز هذه الألعاب مطابقتها لاحتياجات الأطفال المعاقين ، فيجب أن تتيح تلك الألعاب خيارات متعددة أمام هؤلاء الأطفال ، لذا يفضل أن تكون الألعاب مقسمة إلى مناطق وأركان بحيث تخصص أماكن لكل مجموعة من

الأطفال بحيث تكون منظمة ومعدة الإعداد الجيد الذي يتلاءم مع طبيعة الأطفال تبعًا لأعمارهم وظروف إعاقاتهم .

- المدخل وبهو الاستقبال :

يقترح المؤلف أن يكون لمبنى مركز التدخل المبكر مدخلين بحيث يمكن استخدام أحدهما كمخرج في حالة الطوارئ ، كما ينبغي أن يكون على جانب كل مدخل منحدر يسهل دخول وخروج الأطفال المعاقين باستخدام المقاعد المتحركة وأن يكون المدخل واضحًا ومألوفًا .

كما يجب أن يتوفر لمركز التدخل المبكر بهوًا للاستقبال تكون مساحته مناسبة بحيث يوجد في أحد جوانبه مكتب لموظف الاستقبال ، ومجموعة مناسبة من المقاعد لجلوس المترددين على المركز من الزائرين وأولياء الأمور ، كما يفضل أن يشتمل بهو الاستقبال على ركن خاص بألعاب الأطفال حتى يمنح الأطفال شعور بالألفة والسعادة وخاصة عند دخول المركز للمرة الأولى .

- قسم العلاج الطبيعي :

من المقترح أن يضم مركز التدخل المبكر قسمًا للعلاج الطبيعي ، والذي يجب أن يتم من خلاله التركيز على الوظائف البدنية التي تشمل المهارات الحركية الكبرى، ووضع الجسم أو الأطراف ، والتناسق العضلي ، ومدى الحركة ، وتقوية العضلات ، وحركة المفاصل وقوة تحملها ومرونتها ، وتقوية الأطراف السفلى أو تقويمها ، والتدريب الحركي ، وفنيات الانتقال ، والوقاية من فقدان الوظائف البدنية . ويقترح المؤلف أن تكون غرفة العلاج الطبيعي بمساحة لا تقل عن ١٠٠م^{٢} وبارتفاع لا يقل عن ٢,٨٠ م، وأن يغطي جزء من أرضيتها بمواد مناسبة بحيث تكون آمنة عند حركة الأطفال أو سقوطهم . وأن تشتمل الغرفة على مجموعة من الأجهزة والمعدات المساعدة التي تهدف إلى تنمية قدرة الطفل على الحركة والتنقل وتحسين قدرته على القيام بالأوضاع الملائمة في الجلوس والوقوف والحركة ، وتقويم التشوهات ، ومنع التدهور في العضلات.

- قسم العلاج الوظيفي :

من المقترح أن يضم مركز التدخل المبكر قسمًا للعلاج الوظيفي ، والذي يجب أن يتم من خلاله التركيز على تدريب المهارات الحركية الدقيقة ، والتناسق العضلي، ومدى الحركة ، والمهارات الحركية البصرية مثل التناسق بين العين واليد والمهارات الحركية الفمية مثل مضغ وبلع الطعام

ويقترح المؤلف أن تكون غرفة العلاج الوظيفي بمساحة مناسبة تسمح بتوفير الأجهزة والأدوات كقطع بازل والصلصال ، والمجسمات ، وأدوات تدريب اليدين والأصابع ، وأدوات تنمية مهارات التآزر البصري اليدوي والمهارات الإدراكية .

– قسم علاج النطق :

من المقترح أن يضم مركز التدخل المبكر قسمًا لعلاج النطق تكون غرفته مناسبة من حيث المساحة ، وبعيدة عن مصادر الضوضاء ، وبها إضاءة وتهوية مناسبة ، كما يجب أن تكون حوائطها وأسقفها عازلة للصوت لمنع التداخلات الصوتية الخارجية ، والصدى الصوتي ، مما يجعلها مناسبة لتعليم الأطفال الذين يعانون من مشاكل في السمع ، كما يجب أن تضم غرفة علاج النطق العديد من الأدوات والوسائل والأجهزة التي تهدف لمساعدة الأطفال الذين لا يجيدون النطق من الاتصال والتواصل مع المحيطين بهم ، كما يجب أن تشتمل الغرفة على مرآة وذلك بهدف تقديم تغذية راجعة للأطفال الذين يعانون من مشاكل نطقية حركية تتعلق بحركة أعضاء النطق ، كما يجب أن تشتمل الغرفة على طاولة ومقاعد مناسبة لأعمار الأطفال وأحجامهم وظروف إعاقاتهم ، بالإضافة إلى خزائن لحفظ الأدوات والأجهزة.

– الفصول :

إن للفصول أو غرف الأنشطة بمراكز التدخل المبكر أثرًا بالغ الأهمية في نمو الأطفال المعاقين وتعلمهم ، لذا يقترح المؤلف أن تشبه هذه الفصول إلى أكبر حد ممكن صف الروضة العادي ، ولكن بدون إغفال الحاجات الخاصة لهؤلاء الأطفال ولكي تحقق فصول مراكز التدخل المبكر الأهداف التربوية يشترط فيها أن تتمتع بمساحة مناسبة ، وأن تكون بها تهوية وإنارة جيدتان مع خلوها من الرطوبة وأن تكون نوافذها منخفضة تسمح برؤية الحديقة وأن يراعي في تنظيمها ما يلي :

- تقسيم غرفة الفصل إلى أركان متنوعة .
- توفير الأجهزة والأدوات اللازمة لتدريب حواس الطفل .
- إضافة لمسات جمالية على جدران الغرفة باستخدام الألوان الجذابة ولكن بدون مبالغة.
- وضع الألعاب في مكان يستطيع الأطفال الوصول إليه بشكل مستقل .
- تحديد مكان لكل طفل توضع فيه أشياءه الخاصة مع وضع اسم الطفل عليه.

- وضع الأدوات والأجهزة التعويضية بحيث لا تكون بارزة بشكل واضح في الغرفة.
- تخصيص مكان منفصل في الغرفة لأغراض التدريب على المهارات الاستقلالية .
- عرض أعمال الأطفال ونتائج الأنشطة في لوحات خاصة .

- العيادة الصحية :

نادرًا ما يعاني الطفل المعاق من الإعاقة وحدها إذ تصاحبها في المعتاد الكثير من الأمراض العضوية ، لذا فإن كثيرًا من الحالات تحتاج لرعاية صحية كبيرة لحمايتهم والمحافظة على حياتهم وتحقيق حاجاتهم الصحية ، لذا فمن الضروري أن يتوفر بمراكز التدخل المبكر عيادة صحية معدة ومجهزة بالإسعافات الأولية ، والاحتياجات الطبية اللازمة للأطفال المعاقين ، كما يمكن من خلالها تقديم المساعدة الطبية في صورة استشارات للوالدين ، وإعطاء الأدوية ، والتغذية الصناعية لبعض الأطفال ، وغير ذلك من جوانب الدعم الصحي للأطفال ذوي الإعاقة.

- غرفة الاستراحة :

نظرًا لأن الطفل المعاق كثيرًا ما يعاني من بعض المشكلات الصحية المرتبطة بإعاقته ، فإنه يحتاج إلى قسط من الراحة بين الحين والآخر ، ولكي يتحقق له ذلك يجب أن يتوفر لمركز التدخل المبكر حجرة لاستراحة ونوم الأطفال داخل المركز ، وأن تكون هذه الحجرة جيدة التهوية ونظيفة ومجهزة بأسرة فردية آمنة ومريحة لنوم الأطفال .

- دورات المياه :

تعد دورات المياه في مراكز التدخل المبكر من المرافق التي لا غنى عنها ، ولكن لابد أن تكون مصممة خصيصًا للأطفال المعاقين من حيث أعمارهم وظروف إعاقاتهم ، فيكون من المناسب تثبيت المرحاض على ارتفاع (٢٥ سم) عن الأرض للأطفال في عمر الثانية ، أما بالنسبة للأطفال في عمر خمس سنوات فيفضل أن يكون المرحاض على ارتفاع (٣٣ سم) ، كما يجب أن تزود دورات المياه بعدد من الأحواض الصغيرة المنخفضة الارتفاع التي تناسب أطوال الأطفال ، كما يفضل أن تزود هذه المرافق بالمنظفات الصحية المناسبة ، وفوط للتجفيف ، وضرورة تخصيص أماكن ودواليب خاصة لحفظ الفوط بها ، وأن تخصص لكل طفل فوطة خاصة به مكتوب عليها اسمه .

- قاعة الطعام :

تعد قاعة الطعام أحد المرافق الضرورية لمراكز التدخل المبكر ، لذا يجب أن يتوفر لها الصوت ، والنظافة والإضاءة ودرجة الحرارة والألوان المناسبة ، كما يجب أن يتوفر لها منضدة محاطة بكراسي مناسبة الارتفاع ومعدله لتناسب إعاقات الأطفال، كما يجب أن تكون أدوات المائدة معدلة كذلك لتناسب إعاقات الأطفال.

- الغرف المكتبية :

من الضروري أن يتوفر لمراكز التدخل المبكر مجموعة من الغرف المكتبية كغرفة مدير المركز ، وغرفة السكرتارية ، وغرفة الاختصاصي الاجتماعي ، وغرفة الاختصاصي النفسي ، ويجب أن تكون هذه الغرف المكتبية مجهزة بما يناسبها من الأثاث ، والأجهزة ، والخزانات اللازمة لحفظ الأوراق والمستندات والسجلات .

هذه هي المقترحات التي قدمها المؤلف لمحور البيئة المادية لمراكز التدخل المبكر آملا في تحقيقها حتى يمكن أن تحقق هذه المراكز الأهداف التي أنشئت من أجلها ، مما يدفع نمو الطفل ويطور قدراته المختلفة ، حيث ينتظر من مباني مراكز التدخل المبكر وتجهيزاتها أن تساعد الطفل على الاعتماد على نفسه ، وأن تثير حواسه ، وأن تعمل على تنمية قدراته ، وأن تستجيب لحاجاته ومتطلبات تنشئته التنشئة السليمة .

٢- فريق العمل بمركز التدخل المبكر :

بما أن الأطفال المعاقين لديهم خصائص ومواطن ضعف متباينة إلى حد كبير فإن حاجاتهم متعددة ومعقدة ، وليس باستطاعة أي تخصص بمفرده أن يتفهمها ويعمل على تلبيتها بشكل كامل ومتكامل ، ولذلك فثمة حاجة للعمل من خلال فريق متعدد التخصصات ، حيث يتولى أعضاء هذا الفريق الدراسة الدقيقة لمظاهر النمو المختلفة لدى الطفل والتقييم التشخيصي الشامل لحالته ، متضمنـًا تقدير احتياجاته الصحية والنفسية والاجتماعية والمعرفية ، وتحديدها ثم تخطيط البرنامج العلاجي أو التعليمي أو التدريبي أو التأهيلي المناسب لإشباع هذه الاحتياجات وتنفيذه وتقييمه ومتابعته وذلك بحسب اختصاصات كل عضو داخل الفريق .

وبالطبع فإن الحاجات الفردية الموجودة لدى كل طفل هي التي تقرر طبيعة التخصصات التي ينبغي توافرها في الفريق والأدوار المتوقعة من كل تخصص وبصفة عامة فإن المؤلف يقترح أن يشمل فريق العمل في مراكز

التدخل المبكر مجموعة من الاختصاصيين يمارس كل منهم مجموعة من المهام والمسئوليات، وفيما يلي سوف يقوم المؤلف بعرض للمهام والواجبات المقترحة لأعضاء هذا الفريق:

- مدير مركز التدخل المبكر :

يقترح المؤلف أن يكون مدير مركز التدخل المبكر حاصلاً على درجة الماجستير في مجال التربية الخاصة كحد أدنى ، بالإضافة إلى دورات تدريبية متخصصة في التدخل المبكر ، وأن يتمتع بشخصية قيادية قادرة على التعامل مع الآخرين بالشكل المناسب ، ولديه القدرة على اتخاذ القرار المناسب والالتزام بتطبيقه. ويقترح المؤلف مجموعة من المهام والواجبات والمسؤوليات التي يجب على مدير مركز التدخل المبكر القيام بها والتي تتمثل في :

- الالتزام بإجراءات العمل والضوابط الموضوعة للمركز ، وتوجيه العاملين بالمركز بهذا الخصوص.
- إدارة أعمال مركز التدخل المبكر بشكل فعال .
- وضع الخطط والبرامج الكفيلة بتحقيق أهداف المركز مع إعطاء فرصة لأعضاء الفريق للمشاركة في التخطيط وصياغة الخطط .
- متابعة فريق العمل في مراحل التخطيط والتنفيذ والتقييم .
- التأكد من وضع كل مختص لخطة وبرنامج عمل والتأكد من الالتزام به وفق الجدول الزمني الموضوع لتحقيق النتائج المطلوبة .
- توزيع المهام بين الكادر الوظيفي حسب الكفاءة والقدرات .
- تأمين المعينات والأدوات والوسائل التعليمية المتخصصة لتعليم الأطفال .
- التنسيق مع الجهات الرسمية المهتمة بالأطفال المعاقين الملتحقين بالمركز.
- التأكد من تفهم موظفي المركز لأبعاد وطبيعة وخصوصية العمل ومحافظتهم على الوظيفة وشؤونها الداخلية .
- الإشراف على وضع برنامج متكامل للأطفال الملتحقين بمركز التدخل المبكر.
- التأكد من التزام كل أخصائي بالمعايير المهنية المتعارف عليها والتحقيق في أية شكوى مرفوعة.

- تحديد الاحتياجات التدريبية للأخصائيين.
- عمل برنامج زيارات مع مؤسسات المجتمع المحلي لتبادل الخبرات .
- عمل اجتماعات دورية بين الأخصائيين وأولياء الأمور .
- التأكد من تفاني العاملين في العمل وقيامهم بجميع المهام الموكلة إليهم.
- يظهر الثقة والتفويض لفريق العمل ويتمثل دوره في المتابعة الشاملة والدقيقة.
- توجيه العاملين بالمركز ، ومعاونيهم في قيامهم بمهام عملهم ومساعدتهم في إيجاد حلول للمشاكل التي تواجههم أثناء تأديتهم واجباتهم .
- ضبط الوثائق والسجلات الخاصة بالمركز .
- الالتزام بإجراءات إدارة الجودة والسلامة ذات العلاقة بمسؤوليات المركز وتوجيه العاملين بالمركز بهذا الخصوص.
- تقييم أداء العاملين بالمركز وكتابة التقارير اللازمة ورفعها إلى الجهات المختصة.
- تزويد الجهات المختصة بقائمة احتياجات المركز بناء على المعلومات المقدمة من موظفي المركز حسب الوقت المحدد .
- إعداد التقارير الدورية عن سير العمل والإنجازات ورفعها إلى الجهات المختصة.

- أخصائي العلاج الطبيعي :

يقترح المؤلف أن يكون أخصائي العلاج الطبيعي حاصل على بكالوريوس في تخصص العلاج الطبيعي كحد أدنى ، بالإضافة إلى إجازة مزاولة المهنة من وزارة الصحة ، ولديه خبرة مناسبة في علاج وتدريب الأطفال المعاقين ويقترح المؤلف مجموعة من المهام والواجبات والمسؤوليات التي يجب على أخصائي العلاج الطبيعي القيام بها والتي تتمثل في :

- المشاركة في عملية الفرز والمسح التي تجريها مراكز التدخل المبكر بمشاركة الجهات الصحية و الاجتماعية بغرض الكشف عن الأطفال المعرضين لخطر الإعاقة.
- المشاركة في عملية التشخيص الشامل لنمو الطفل وقدراته الحركية .

- المشاركة في صياغة التقرير الذي على أساسه يتم اتخاذ القرار بقبول أو رفض التحاق الطفل بمركز التدخل المبكر .
- وضع خطط وبرامج العلاج الطبيعي للأطفال الملتحقين بالمركز حسب جدول زمني تقريبي لكل حالة وذلك بالتنسيق مع فريق العمل بالمركز .
- تنفيذ برنامج العلاج الطبيعي ومتابعة حالة الطفل بشكل يومي .
- رفع اقتراحات بتحويل الطفل إلى جهات صحية خارجية في الحالات القصوى والتنسيق مع هذه الجهات بهذا الخصوص .
- تزويد مدير المركز بقائمة الاحتياجات اللازمة لأداء الوظيفة والمتعلقة بالمواد والمعدات الطبية اللازمة لبرامج العلاج الطبيعي .
- إعداد التقارير الدورية عن سير العمل وحالات الأطفال ورفعها إلى مدير المركز.
- تدريب الوالدين وأعضاء الفريق الآخرين على استخدام طرق العلاج والأجهزة المستخدمة بشكل آمن وفعال حتى يقدموا للأطفال فرصًا أكبر لتعلم ضبط الحركة.

- أخصائي العلاج الوظيفي :

يقترح المؤلف أن يكون أخصائي العلاج الوظيفي حاصل على بكالوريوس في تخصص العلاج الوظيفي كحد أدنى ، بالإضافة إلى إجازة مزاولة المهنة من وزارة الصحة ، ولديه خبرة مناسبة في علاج وتدريب الأطفال المعاقين ، ويقترح المؤلف مجموعة من المهام والواجبات والمسؤوليات التي يجب على أخصائي العلاج الوظيفي القيام بها والتي تتمثل في :

- المشاركة في التشخيص الشامل للأطفال المتقدمين للالتحاق بالمركز.
- تقييم مهارات الحركات الدقيقة للأطفال الملتحقين بالمركز ، وتحديد احتياجاتهم التدريبية .
- إعداد وتنفيذ وتقييم ومتابعة برامج تنمية المهارات الحركية الدقيقة والتناسق العضلي ، والمهارات الحركية البصرية ، والمهارات الحركية الفمية .
- كتابة التقارير والملاحظات الدقيقة حول الأطفال ، والاحتفاظ بها في سجلات خاصة .

- تقديم الخدمات الاستشارية للمختصين بالمركز فيما يتعلق بتنفيذ برامج العلاج الوظيفي.
- تعليم وتدريب الأسرة على بعض التمرينات والأنشطة الحركية التي من الواجب متابعتها مع الطفل في المنزل .
- تزويد مدير المركز بقائمة الاحتياجات اللازمة لأداء الوظيفة والمتعلقة بالمواد والمعدات والأجهزة اللازمة لبرامج العلاج الوظيفي.
- إعداد التقارير الدورية عن سير العمل وحالات الأطفال ورفعها إلى مدير المركز.

• أخصائي علاج النطق :

يقترح المؤلف أن يكون أخصائي علاج النطق حاصل على بكالوريوس في تخصص علاج النطق واللغة كحد أدنى ، بالإضافة إلى إجازة مزاولة المهنة من وزارة الصحة ، ولديه خبرة مناسبة في علاج اضطرابات النطق والكلام للأطفال ويقترح المؤلف مجموعة من المهام والواجبات والمسؤوليات التي يجب على أخصائي علاج النطق القيام بها والتي تتمثل في:

- المشاركة في التشخيص الشامل للأطفال من حيث النمو اللغوي واضطراب النطق وعيوب الكلام .
- تقييم وتشخيص الأطفال الجدد الملتحقين بالمركز ، والتعرف على الحالات التي تعاني من اضطرابات النطق .
- دراسة العوامل العضوية والنفسية المسببة للاضطرابات مع الإفادة في ذلك من تقارير الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والمعلومات المتجمعة عن الطفل .
- وضع وتنفيذ الخطط والبرامج العلاجية لكل حالة حسب جدول زمني.
- تدريب الحالات التي تعاني من اضطرابات في النطق .
- حفظ السجلات عن كل حالة في مكان آمن بحيث يتضمن وصفًا كاملاً عن مدى تطور مستوى النطق عند الطفل .
- تبصير الوالدين بدورهما في متابعة حالة الطفل ، وإمدادهما بالمعلومات والتدريب الملائم للمشاركة في البرنامج العلاجي أثناء تواجد الطفل في المنزل.

- رفع الاقتراحات بتحويل الحالة إلى الجهات الصحية المختصة في الحالات القصوى ، والتنسيق مع هذه الجهات بهذا الخصوص .
- إعادة تقييم الأطفال ، للوقوف على مدى التقدم .
- تزويد مدير المركز بقائمة الاحتياجات اللازمة لأداء الوظيفة من مواد ومعدات حسب جدول زمني محدد .
- إعداد التقارير الدورية عن حالات الأطفال وسير العمل ورفعها لمدير المركز.

- الأخصائي النفسي :

يقترح المؤلف أن يكون الأخصائي النفسي حاصل على بكالوريوس في علم النفس كحد أدنى ، ولديه دورات تدريبية في التدخل المبكر وإرشاد الأطفال المعاقين وأسرهم ، ودعم وتمكين الأسر ، ولديه خبرة مناسبة في تطبيق الاختبارات والمقاييس النفسية اللازمة للأطفال المعاقين، ويقترح المؤلف مجموعة من المهام والواجبات والمسؤوليات التي يجب على الأخصائي النفسي القيام بها والتي تتمثل في:

- المشاركة في عملية الفرز والمسح التي تجريها مراكز التدخل المبكر بمشاركة الجهات الصحية و الاجتماعية بغرض الكشف عن الأطفال المعرضين لخطر الإعاقة.
- المشاركة في عملية التشخيص الشامل لإمكانات الطفل ، والاستعانة في ذلك بالاختبارات والمقاييس والمقابلة والملاحظة .
- المشاركة في صياغة التقرير الذي على أساسه يتم اتخاذ القرار بقبول أو رفض التحاق الطفل بمركز التدخل المبكر .
- وضع وتنفيذ برامج العلاج النفسي لمساعدة الأطفال على التكيف النفسي والاجتماعي.
- إعداد الملف النفسي للأطفال الجدد الملتحقين بالمركز بعد إجراء الاختبارات اللازمة عليهم ، وتشخيص حالاتهم ، وتقديم التوصيات الضرورية ، ومتابعة تنفيذها مع الأطراف المعنية بالمركز ، ذلك بالإضافة إلى متابعة الحالات المسجلة سابقًا .
- الاشتراك في إعداد الاختبارات النفسية اللازمة مع الجهات ذات التخصص وذات الخبرة والاستعانة بالخبراء والأخصائيين الخارجيين إذا ما اقتضت الحاجة .

- إعداد البطاقات النفسية موضحًا بها الحالة والاختبارات وحفظها بالسجلات الخاصة بها .
- المساهمة في تحسين الظروف البيئية التي يعيش فيها الطفل ، عن طريق إرشاد والديه ، وتبصيرهما بخصائصه ، ومطالب نموه ، وتدريبها على كيفية التعامل معه ، وتشجيعهما على تقبله ، وتنمية دافعيتهما لرعايته .
- إعداد التقارير النفسية اللازمة عن كل طفل معاق وتشخيصه وتقديم التوصيات اللازمة ومتابعة تنفيذها مع الأخصائيين المختصين .

- الأخصائي الاجتماعي :

يقترح المؤلف أن يكون الأخصائي الاجتماعي حاصل على بكالوريوس في الخدمة الاجتماعية كحد أدنى ، ولديه دورات تدريبية في التدخل المبكر والمساندة والخدمة الاجتماعية للأطفال المعاقين وأسرهم ، ويقترح المؤلف مجموعة من المهام والواجبات والمسؤوليات التي يجب على الأخصائي الاجتماعي القيام بها والتي تتمثل في :

- المشاركة في عمليات التشخيص والتقييم الشامل بجمع البيانات وإجراء البحوث الاجتماعية عن واقع أسرة الطفل وخلفيتها الاجتماعية .
- بناء وتنمية علاقات مهنية فعالة مع الطفل وأسرته قائمة على الثقة والاحترام المتبادل وإظهار مشاعر الاهتمام والتقبل والمساندة والتشجيع .
- المشاركة في تخطيط وتنفيذ برامج الرعاية الاجتماعية والتربوية الشاملة للأطفال المسجلين بالمركز .
- القيام بالزيارات المنزلية للتعرف على الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه الطفل وأساليب التربية الأسرية التي يتعرض لها ، ومناقشة الوالدين في سلوك الطفل وما يمارسه من عادات ويؤديه من أنشطة.
- تبصير الأسرة بحقوقها وواجباتها ، وتعريفها بمصادر الدعم المجتمعية وكيفية الحصول على الخدمات التي كفلتها الدولة و المؤسسات الأهلية لها

- متابعة المشاكل والاهتمامات الخاصة بالطفل من الناحية الاجتماعية والمساهمة في حلها مع ذويه أو الجهات الأخرى سواء داخل أو خارج المركز.
- المشاركة في نقل الأطفال المرضى للعيادات والجهات العلاجية الخارجية في حالة الضرورة ومتابعتهم .
- التخطيط للنشاطات الترويحية للأطفال الملتحقين بالمركز كالزيارات والرحلات والمسابقات ، ومتابعة تنظيمها وتنفيذها .
- الاتصال بالجهات والهيئات المعنية لتقديم المساعدات والأجهزة التعويضية والمعينات السمعية والبصرية والخدمات اللازمة للأطفال المعاقين وأسرهم .

● أخصائي السمع :

يقترح المؤلف أن يكون أخصائي السمع حاصل على بكالوريوس في تخصص السمعيات كحد أدنى ، بالإضافة إلى إجازة مزاولة المهنة من وزارة الصحة ، ولديه خبرة مناسبة في قياس السمع للأطفال ، ويقترح المؤلف مجموعة من المهام والواجبات والمسؤوليات التي يجب على أخصائي السمع القيام بها والتي تتمثل في :

- الكشف المبكر عن فقدان السمع الجزئي أو الصمم الكلي للأطفال وذلك بإتباع إجراءات معينة.
- عمل القياسات والتخطيط السمعي للأطفال ضعاف السمع .
- المشاركة مع فريق العمل أثناء عملية التشخيص وإعداد البرنامج التربوي الفردي .
- تحديد نوع السماعة المناسبة للطفل حسب درجة فقدان السمع .
- القيام بضبط السماعة حسب القدرة السمعية لدى كل طفل .
- المتابعة اليومية للتأكد من استخدام الأطفال للمعينات السمعية .
- التأكد من صلاحية المعين السمعي وعمل الصيانة الأولية له .
- كتابة تقريرعن الحالة السمعية للأطفال .
- إعادة قياس سمع الأطفال للتعرف على التغيرات الطارئة كلما دعت الحاجة إلى ذلك واتخاذ اللازم .

- معلمة التدخل المبكر :

يقترح المؤلف أن تكون معلمة التدخل المبكر حاصلة على بكالوريوس في التربية الخاصة أو بكالوريوس في الطفولة المبكرة بالإضافة إلى دبلوم دراسات عليا في التربية الخاصة ، على أن يكون لديها رغبة حقيقية في العمل مع الأطفال المعاقين، وأن يكون لديها خبرة مناسبة في مجال عمل مماثل ، ويقترح المؤلف مجموعة من المهام والواجبات والمسؤوليات التي يجب على معلمة التدخل المبكر القيام بها والتي تتمثل في :

- المشاركة في التشخيص الشامل للأطفال المتقدمين للالتحاق بالمركز.
- الإطلاع على الملف الكامل للطفل وتاريخه النفسي والصحي والاجتماعي والتعليمي ونوع إعاقته ومستواها .
- ملاحظة الأطفال ، ورصد هذه الملاحظات وتكوين صورة لشخصية كل طفل وملاحظة نموه والمشكلات التي تعترض هذا النمو .
- المشاركة في صياغة البرنامج الفردي للطفل .
- كتابة تقرير في فترة الملاحظة ، وتقرير في نهاية الفصل الأول ، ونهاية الفصل الثاني يبين مدى تقدم وتحسن الطفل .
- العمل مع الطفل حسب البرنامج المعتمد من قبل المركز .
- وضع وتنفيذ خطة فردية كل أسبوعين باستخدام أهداف قابلة للقياس ورصد أي تقدم في ملف الطفل .
- إشراك ولي الأمر في الخطة التربوية والسلوكية كل أسبوع جلسة واحدة للمتابعة .
- توظيف استراتيجيات تعليمية خاصة ، واستخدام تقنيات مناسبة للتعليم لتحسين تنمية الإدراك الحسي ، والمهارات الحركية ، والحياتية والتواصل ، والذاكرة .
- الاستعانة بالاختصاصيين الآخرين بالمركز إذا ما اقتضت الحاجة .
- الالتزام بإجراءات إدارة الجودة والسلامة ، وضمان عدم حدوث أي ضرر للأطفال وإعلام مدير المركز في حالة حدوث أي طارئ .
- تزويد مدير المركز بقائمة الاحتياجات اللازمة للأطفال .
- إعداد التقارير الدورية عن سير العمل وأوضاع الأطفال ذوي الإعاقة ومدى تقدم مستواهم التعليمي ورفعها إلى مدير المركز .

- الطبيب :

يقترح المؤلف أن يكون الطبيب حاصل على درجة الماجستير في تخصص طب الأطفال كحد أدنى ، بالإضافة إلى إجازة مزاولة المهنة من وزارة الصحة ولديه خبرة مناسبة في علاج الأطفال المعاقين ويقترح المؤلف مجموعة من المهام والواجبات والمسؤوليات التي يجب على الطبيب القيام بها والتي تتمثل في :

- المشاركة في عملية الفرز والمسح التي تجريها مراكز التدخل المبكر بمشاركة الجهات الصحية و الاجتماعية بغرض الكشف عن الأطفال المعرضين لخطر الإعاقة.
- المشاركة في عملية التشخيص الشامل للأطفال مع التأكيد على التاريخ المرضي وتقييم النمو الطبيعي للطفل للكشف عن جوانب العجز والقصور فيها .
- المشاركة في صياغة التقرير الذي على أساسه يتم اتخاذ القرار بقبول أو رفض التحاق الطفل بمركز التدخل المبكر .
- إجراء الكشف الطبي اللازم على الأطفال الملتحقين بالمركز وإتباع الإجراءات اللازمة وتدوين المعلومات ذات العلاقة .
- تسجيل البيانات الصحية في سجل يحمل اسم كل طفل والاحتفاظ بهذه السجلات للرجوع إليها عند الحاجة .
- تحويل الطفل إلى الجهات الصحية الخارجية في الحالات التي تتطلب ذلك والتنسيق مع هذه الجهات بهذا الخصوص .
- متابعة الأطفال ذوي الحالات الحرجة وإعطائهم عناية طبية مكثفة .
- السيطرة على الأمراض المعدية ، ووضع البرامج للوقاية منها .
- متابعة الإجراءات الصحية والإرشادات العامة للعناية بصحة الطفل .
- تقديم كافة الخدمات الطبية لكل من الطفل المعاق وأسرته وتبصيرهم بالحالة الصحية للطفل وما يستلزم من متابعته ورعايته في محيط الأسرة خاصة من الجانب الغذائي والفحوص والتطعيمات الدورية .
- الفحص الدوري الشامل للأطفال المعاقين للاطمئنان عليهم ، والتدخل العلاجي المبكر لمنع حدوث المضاعفات للحالات التي تعاني من الأمراض .

- تزويد مدير المركز بقائمة الاحتياجات اللازمة لأداء الوظيفة والمتعلقة بالأدوية والمعدات اللازمة لفحص وعلاج الأطفال .
- إعداد التقارير الدورية عن سير العمل والحالات الصحية للأطفال .

• أخصائي التغذية :

يقترح المؤلف أن يكون أخصائي التغذية حاصل على بكالوريوس في علم التغذية كحد أدنى ، بالإضافة إلى دورات تدريبية في مجال التغذية العلاجية للأطفال المعاقين ، ولديه خبرة مناسبة في تغذية الأطفال المعاقين ، ويقترح المؤلف مجموعة من المهام والواجبات والمسؤوليات التي يجب على أخصائي التغذية القيام بها والتي تتمثل في :

- عمل تقييم غذائي كامل للأطفال المعاقين الملتحقين بالمركز .
- تحديد الاحتياجات الغذائية لكل طفل .
- تجهيز بطاقة لكل طفل بها اسمه ونوع الغذاء المناسب له ، والممنوع منه .
- التخطيط والتنظيم والتوجيه والمراقبة لجميع النشاطات الغذائية المقدمة للطفل.
- ضمان تقديم وجبات غذائية متكاملة ومتوازنة للأطفال .
- القيام بالتغذية الصناعية للأطفال المحتاجين لها بتوجيه من الطبيب .
- تدريب الوالدين وفريق العمل بالمركز على طرق التغذية وأنواع الأطعمة المناسبة للأطفال.
- المشاركة في حملات التوعية والتثقيف الغذائي والصحي لأسر الأطفال المعاقين .

• الوالدين :

كانت عمليات رعاية الأطفال المعاقين وتعليمهم تقوم حتى وقت متأخر نسبيًّا على علاقة ثنائية بين طفل معاق أو مجموعة من الأطفال المعاقين من ناحية واختصاصي في تقديم الخدمات التي تستوجبها الإعاقة من ناحية أخرى ، وتبعًا لهذا التصور الثنائي لم يكن لوالدي الطفل المعاق دور كبير يذكر في تدريب وتعليم أبنائهم الذين يلتحقون بالمراكز المتخصصة ، إلا أن المؤلف يرى أن مراكز التدخل المبكر يمكنها أن تقوم بدور فاعل تجاه دعم ومساندة وتدريب والدي الطفل المعاق حتى يمكنهما تنشئة طفلهما تنشئة سليمة ، وبناء

عليه يقدم المؤلف مجموعة من المقترحات التي يمكن لمراكز التدخل المبكر القيام بها في هذا الصدد والتي تتمثل فيما يلي :

- العمل على إكساب الوالدين بعض المهارات التي تساعدهما في التعامل مع الطفل ، وفي تعليمه الخبرات المعرفية ، والمهارات الحركية ، والسلوكيات الاجتماعية ، وغيرها من الخبرات والمهارات التي تسهم في تنشئة الطفل من جميع النواحي وتحميه من الحرمان الثقافي الذي يعوق نموه .
- تزويد أولياء الأمور بالمعلومات المتعلقة بأطفالهم ، بحيث يكون أولياء الأمور على إطلاع مستمر بأداء أطفالهم ، على أن يستخدم في ذلك طرق متنوعة للتواصل ، كالنشرات والملاحظات والبريد الإلكتروني والتليفون والتقارير والزيارات المنزلية وغيرها .
- يجب أن يحرص مركز التدخل المبكر على الشراكة مع أولياء الأمور والتي يجب أن تستند إلى تبادل وجهات النظر والتخطيط المشترك والاستماع لأولياء الأمور والبناء على مقترحاتهم ومشاركاتهم .
- مساعدة والدي الطفل على تنمية نفسيهما وعلاج مشاكلهما الزوجية والأسرية والمالية وغيرها،حتى تكون الأسرة متماسكة،وقادرة على رعاية أطفالها .
- تنظيم برامج إرشادية لتوفير الدعم الاجتماعي والانفعالي للوالدين لمساعدتهما على اجتياز ردود الأفعال النفسية الناتجة عن إعاقة طفلهما .
- تنظيم برامج لتقديم التثقيف الصحي والغذائي لأمهات الأطفال المعاقين لتوعيتهم بأسباب الإعاقة ، وأساليب الوقاية والعلاج ، وإكسابهن المهارات التي تساعدهن على رعاية أبنائهن وحمايتهم من الأمراض الجسمية ، وتوضيح أفضل أساليب تغذيتهم .
- جعل أولياء الأمور جزء أساسي من عمليات التقويم للبرنامج الفردي للطفل ولإجراءات تنفيذه ، وتقبل نصحهم ونقدهم لهذا البرنامج .
- إصدار نشرات وكتيبات وعرض أفلام تثقيفية للأمهات بلغة مبسطة مما يبصرهن بأساليب التنشئة الاجتماعية ووسائل رعاية الطفل واستراتيجيات توجيه وتعديل السلوك.

- توفير الوسائل الترفيهية لأسر الأطفال المعاقين بصحبة أطفالهم كتنظيم الرحلات والمعسكرات والمسابقات التي تساعدهم على التغلب على مشكلة إعاقة أطفالهم .
- عقد حلقات نقاشية أو ورش عمل لأسر الأطفال المعاقين بهدف تبادل الخبرات في طرق تربية الأطفال المعاقين وكيفية علاج مشكلاتهم اليومية .
- تدريب والدي الطفل المعاق على المهارات المطلوب تدريب ابنهما عليها في المركز ، مع إمدادهما بالأدوات والخامات واللعب اللازمة للتدريب أو الاقتراح عليهما بشراء أدوات وخامات ولعب أخرى ، وذلك حسب إمكانات الأسرة المادية حتى يتمكنا من تدريب ابنهما عليها في المنزل حتى يتقن المهارات المطلوبة .

- المتطوعون :

يحتل العمل التطوعي أهمية خاصة في مجال رعاية الأطفال المعاقين ، حيث أن المشكلات التي يواجهها الأطفال المعاقين متعددة ومعقدة ، ذلك إلى جانب احتياجاتهم التربوية المتعددة ، وأمام ذلك أصبح من الصعب على الجهود الرسمية مواجهة تلك المشكلات أو إشباع تلك الاحتياجات ، لذا فإن المؤلف يقترح أن يكون للمتطوعين دور في التربية الخاصة للأطفال المعاقين بمراكز التدخل المبكر ، فالتطوع بمراكز التدخل المبكر هو مجهود قائم على مهارة أو خبرة معينة والذي يبذل عن رغبة واختيار بغرض أداء دور إيجابي تجاه الأطفال المعاقين وبدون توقع جزاء مالي بالضرورة .

لذا فإن المؤلف يقترح تيسير العمل التطوعي بمراكز التدخل المبكر ، وتوفير الفرصة للمتطوعين لتبادل المعلومات والخبرات والتجارب مع الاختصاصيين بمراكز التدخل المبكر ، بالإضافة إلى تخطيط برامج لتدريب وتوجيه المتطوعين للاستفادة منهم في عملية تنشئة الأطفال المعاقين .

٣- الإجراءات المتبعة بمراكز التدخل المبكر :

يقدم المؤلف مجموعة من المقترحات فيما يتعلق بالإجراءات التي ينبغي إتباعها بمراكز التدخل المبكر والتي تتمثل فيما يلي:

- التعرف :

يمثل التعرف تلك الجهود المنظمة التي من شأنها الكشف المبكر عن نقائص النمو والاضطرابات والإعاقات ، ويمثل إجراء التعرف أحد

الإجراءات الضرورية واللازمة لعملية التدخل المبكر ، حتى يمكن مواجهة مشكلة الإعاقة والحيلولة دون تفاقمها وظهور نتائجها السلبية على الطفل والأسرة والمجتمع ، وفيما يلي يقدم المؤلف مجموعة من المقترحات التي يمكن أن ترتقي بهذا الإجراء والتي تتمثل في :

- ضرورة بناء علاقات عمل تشاركية بين مراكز التدخل المبكر من جهة وبين أقسام الولادة بالمستشفيات ، ومراكز تسجيل المواليد ، وعيادات الأطفال بالمستشفيات ، ومراكز الرعاية الصحية الأولية من جهة أخرى ، للكشف المبكر عن الإعاقات .
- ضرورة التواصل مع مؤسسات الحضانة ورياض الأطفال للكشف عن الأطفال الذين قد يظهر لديهم أي مظهر من مظاهر الإعاقة .
- إصدار نشرات للتوعية بالمؤشرات المبكرة التي قد تعني احتمال تعرض الطفل لخطر الإعاقة .
- المشاركة في حملات المسح والتعرف على الأطفال المعاقين ، وذلك بالتنسيق مع الجهات المختصة .
- تدريب الوالدين وإطلاعهم على كيفية التعرف على الخصائص النمائية للأطفال في مجالات النمو المختلفة ، حتى يمكنهم الكشف الدوري المبدئي على أطفالهم .

- الإحالة :

تمثل الإحالة إلى مراكز التدخل المبكر أحد الإجراءات المهمة ، حيث أن أفضل أساليب الكشف والتعرف على الأطفال المعاقين تصبح غير فعالة إذا لم يتبعها مباشرة إحالة الطفل لتلقي خدمات التدخل المبكر ، وبناء عليه يقدم المؤلف مجموعة من المقترحات لتفعيل هذا الإجراء والتي تتمثل في :

- ضرورة تعريف أطباء الولادة ، وأطباء الأطفال بالخدمات التي تقدمها مراكز التدخل المبكر حتى يمكنهم إحالة الأطفال المعرضين للإعاقة إلى تلك المراكز .
- ضرورة وجود شبكة إحالة وطنية بهدف تحويل الأطفال الذين يشتبه أن لديهم إعاقة أو المعرضين لخطرها إلى الجهة المناسبة للتشخيص والتقييم .

- ضرورة وجود مؤسسات في المجتمع يكون من مهامها التعرف على الأطفال المعاقين وبالتالي إحالتهم إلى مراكز التدخل المبكر في فترة ما بين مغادرة الأطفال لمكان الولادة وحتى التحاقهم بالمدرسة والذي يتم في حوالي سن الخامسة أو السادسة .
- ضرورة توفير ملف كامل عن كل طفل يتضمن معلومات وافية عن حالته الصحية والعقلية قبل حضوره لمراكز التدخل المبكر وعن البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها والخصائص الأسرية واتجاهات والديه واسم وعنوان الطبيب أو المستشفى الذي يراجعه ، وأية ملاحظات هامة حول الحالة الصحية للطفل تستلزم مراقبته .

- التشخيص (التقييم الشامل) :

إن عملية التقييم بمراكز التدخل المبكر لم تعد عملية تشخيصية تهدف فقط إلى تصنيف الطفل ، بل أنها أصبحت تهدف إلى تقديم وصف عن الطفل واحتياجاته والخدمات اللازمة له، كما أن الاختبارات والفحوص الطبية لم تعد الوسيلة الوحيدة لتحقيق هذا الغرض ، إذ أصبح التقييم يشتمل على جميع الجوانب الشخصية والنمائية للطفل ومن خلال فريق على درجة عالية من الكفاءة توكل إليه مهمات التشخيص والتقييم وبمشاركة من الأسرة ، وللارتقاء بعملية التقييم يقترح المؤلف ما يلي :

- يجب التعامل مع إجراء التشخيص والتقييم بوصفه جزء من عملية التدخل المبكر وليس كمجرد وسيلة للتعرف والقياس .
- ضرورة أن تتم عملية التشخيص بواسطة فريق من المختصين وبمشاركة أسرة الطفل.
- يجب أن تشتمل عمليات التشخيص على مصادر متعددة للمعلومات حيث يجب النظر إلى الكشف الصحي باعتباره وسيلة واحدة من عدة وسائل يمكن الوصول من خلالها إلى تقييم معمق وشامل .
- يجب أن يحصل الأشخاص الذين توكل إليهم مهمات التشخيص والتقييم بمراكز التدخل المبكر على تدريب مكثف وشامل .
- يجب أن تكون حجرة التقييم جيدة الإضاءة وهادئة ، ويستحسن وضع علامة على الحجرة توضح أنها حجرة تقييم ، ويجب التأكد قبل البدء في التقييم أنه لن يكون خارج الحجرة أدنى قدر من الضوضاء .

- يجب التأكد من أن الطفل مستريحًا في جلوسه ويجب المحاولة قدر الإمكان في جعل الطفل مسترخيًّا ، وإذا شعر الفاحص بأن الطفل خائف فأنه يجب عليه خلق جوًا من الألفة مع الطفل من خلال اللعب.
- يتعين التأكيد على أن عملية التقييم يجب ألا تعتمد فقط على الاختبارات المقننة والموضوعية حيث أنها في بعض الأحيان لا تعطي صورة صادقة أو كافية عن الطفل ومن ثم ينبغي حتى تكتمل الصورة أن تستخدم أساليب أخرى تعتمد على رصد سلوك الطفل في بيئته الطبيعية مثل أسلوب الملاحظة .

• اتخاذ القرارات :

تعتبر عملية اتخاذ القرار عملية أساسية بمراكز التدخل المبكر لما لها من أثر محسوس في عمل تلك المراكز، وذلك لكونها نقطة البدء بالنسبة لجميع الإجراءات وأوجه النشاط والتصرفات التي تتخذ بشأن إعاقة الطفل لذا فإن عملية اتخاذ القرارات ينبغي ألا تتم بصورة عشوائية، بل يجب أن تخضع لمجموعة من الضوابط كما أنها تتطلب الكثير من المهارات ، وبناء عليه سوف يقدم المؤلف مجموعة من المقترحات التي قد تساعد على اتخاذ القرارات بمراكز التدخل المبكر بطريقة صحيحة.

- يجب أن تمثل عملية اتخاذ القرارات بمراكز التدخل المبكر من خلال فريق متعدد التخصصات هدفًا رئيسيًّا .
- ضرورة أن يتم اتخاذ القرارات بمراكز التدخل المبكر بمشاركة الوالدين وبتبادل الآراء معهما .
- يجب أن تقدم القرارات التي يتم اتخاذها تفسير لنتائج التشخيص كتحديد نوع ومستوى إعاقة الطفل .
- يجب أن توفر القرارات المتخذة الكثير من المعلومات حول طبيعة الخدمات التي سيتلقاها الطفل ، ومن الذي سيقدمها ، والأدوات والأجهزة التي سيتم استخدامها ، والأدوار التي على الوالدين القيام بها في البيت لمساعدة هذه المراكز على تحقيق أهدافها .

• تخطيط وتصميم البرنامج التربوي الفردي :

يعد تخطيط وتصميم البرنامج التربوي الفردي أحد الإجراءات المتبعة بمراكز التدخل المبكر ، ويمثل البرنامج التربوي الفردي الأداة الرئيسة التي تضمن حصول كل طفل على خدمات التدخل المبكر ، والخدمات المساندة لتلبية حاجاته الفردية فالبرنامج التربوي الفردي هو أداة تُصمم لضمان أن

تتطابق خدمات التدخل المبكر مع حاجات الطفل الفردية ، وفيما يلي يقدم المؤلف مجموعة من المقترحات التي قد تساهم في الارتقاء بإجراء تخطيط وتصميم البرامج التربوية الفردية بمراكز التدخل المبكر ، والتي تتمثل في :

- يجب صياغة البرنامج التربوي الفردي كتابيًا بحيث يحدد الخدمات التي سيتم تقديمها للأطفال المعاقين بشكل دقيق .
- يجب أن يحتوي البرنامج التربوي الفردي على المعلومات الشخصية للطفل ، مثل اسمه ، وتاريخ ميلاده ، ومستوى درجة إعاقته ، وجنسه وتاريخ التحاقه بالمركز ، وإلى غير ذلك من البيانات الأساسية .
- يجب أن يشتمل البرنامج التربوي الفردي للطفل على مجموعة من العناصر تتمثل في: تحديد الأداء الحالي للطفل ، تحديد الأهداف السنوية والأهداف قصيرة المدى ، تحديد الخدمات التربوية والخدمات المساندة للطفل، تعيين الخيارات أو البدائل التربوية التي يمكن للطفل المشاركة فيها تحديد بداية تقديم البرنامج والمدة المتوقع استغراقها للانتهاء منها، تحديد المعايير الموضوعية المناسبة للأداء مع تحديد إجراءات التقويم والمواعيد السنوية التي من خلالها الحكم على مدى تحقيق الطفل للأهداف المحددة له.
- يجب أن يتم تصميم البرنامج التربوي الفردي لتلبية احتياجات كل طفل على حده ، بحيث يكون بمثابة إقرار واعتراف بخصوصية الطفل الفردية والتي على ضوئها ينبغي مواجهة احتياجاته الخاصة .
- ضرورة إشراك الوالدين في البرنامج عن طريق شرح أهداف البرنامج وتوضيح دور الوالدين الذي يتمثل في متابعة نشاط الطفل ، واستمرارية مراقبة سلوكه في المنزل وتدوينها في بطاقات الملاحظة.
- يجب أن يراعي البرنامج حاجات الطفل إلى الانتماء والحب ، وأن ينفذ في جو من الحب ، فالطفل في حاجة لأن يشعر بأنه جزء من جماعة اجتماعية ، لأن هذا الإحساس يساعد الطفل على تكوين هوية مرتبطة بالجماعة ، وهذه الهوية من الجوانب الهامة في الارتقاء الانفعالي والاجتماعي الإيجابي للطفل ، وعلى ذلك فالبرنامج الجيد يوفر للطفل جماعات يعمل بداخلها ويشعر بالانتماء لها في ظل مجموعة من العلاقات الإيجابية .

- تقييم البرنامج :

يقترح المؤلف أن تشمل عملية تقييم البرنامج جميع جوانبه من حيث مدخلاته والعمليات التي تجري عليها ، والمخرجات التي تنتج عنها ، للوقوف على مدى ما يتحقق من مستويات نمائية للطفل ، ومدى فاعلية الأساليب التدريبية والتربوية المتبعة ، ودرجة التقدم في تحقيق النمو والتكامل في شخصية الطفل ، ومن ثم إصدار الحكم على البرنامج من أجل اعتماده ، أو تطويره ، أو إلغائه واختيار بديل آخر .

كما يقترح المؤلف أن يكون هناك تقييم نصف سنوي ، وتقييم نهائي للبرنامج ، ذلك بالإضافة إلى التقييم المستمر لجميع جوانبه ، وكذلك من الضروري أن تشارك الأسرة في عملية التقييم ، وأن تراعي إستراتجية التقييم المستخدمة عمر الطفل ونوع إعاقته ومستواها .

٤- مجالات التربية الخاصة بمراكز التدخل المبكر:

الطفل المعاق كغيره من الأطفال يحتاج أن يتعلم عبر التنشئة الاجتماعية كيف يسير ويأكل ويلبس وينام ويشرب ويتصرف ويفكر ويشعر، إنه يحتاج إلى عضويته الاجتماعية الكاملة في المجتمع، لذا فإن أهمية التنشئة بالنسبة للطفل المعاق لا تتركز حول مده بما يحفظ له الحياة فحسب، بل إنها تتعدى ذلك إلى عملية أنسنته وجعله إنسانًا متوافقًا مع أفراد المجموعات التي يندمج فيها أي تحويله من كائن بيولوجي إلى إنسان أو شخص، وتطبيعه بطبائع مجتمعه وثقافته لكي يكتسب الصفات الإنسانية المتمثلة في عضويته الاجتماعية.

فعملية التنشئة الاجتماعية للطفل المعاق هي عملية التفاعل الاجتماعي التي عن طريقها يتحول الطفل المعاق من كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي، وهي في أساسها عملية تعلم لأن الطفل يتعلم أثناء تفاعله مع بيئته الاجتماعية عادات وأسلوب حياة أسرته وبيئته المباشرة ومجتمعه بعامة، وهي تتضمن عدة عمليات نفسية تعتبر أهم الوسائل التي عن طريقها تنتقل التأثيرات المختلفة بين أفراد الثقافة المعينة، وبذلك فهي عملية معقدة تتضمن من جهة كائنًا بيولوجيًا له تكوينه الخاص واستعداداته المختلفة، ومن جهة أخرى شبكة من العلاقات والتفاعلات الاجتماعية التي تحدث داخل إطار معين من المعايير والقيم، ثم من جهة ثالثة تفاعلاً ديناميكيًا بين البيئة والطفل يؤدي إلى نمو ذات الطفل تدريجيًا.

لذا يمكن القول أن تكوين الشخصية الإنسانية والاجتماعية للطفل المعاق هو الهدف الأساسي لتنشئته الاجتماعية، وذلك بتحويله من كائن بيولوجي متمركز حول ذاته ومعتمد على غيره في إشباع حاجاته الأولية، إلى فرد ناضج، يقوم بدوره الاجتماعي، ويلتزم بالقيم والمعايير الاجتماعية السائدة، فيضبط انفعالاته ويتحكم في إشباع حاجاته، وينشئ علاقات اجتماعية سليمة مع غيره، ويتجاوز تأثيرات إعاقته، مما يؤدي في النهاية إلى إدماجه في مجتمعه كفرد من أفراده.

وبناء عليه سوف يقدم المؤلف مجموعة من المقترحات التي تهدف إلى الارتقاء بمجالات التربية الخاصة للأطفال المعاقين بمراكز التدخل المبكر والتي تتمثل فيما يلي:

- الرعاية الصحية والتغذية :

إن الأطفال المعاقين في حاجة إلى تغذية سليمة و خدمات صحية بصفة دائمة ، حيث تساعد الرعاية الصحية والتغذية السليمة على تمكين الأطفال المعاقين من الاستفادة القصوى من البرامج التي تقدمها مراكز التدخل المبكر ، ولكي يتحقق تقديم الرعاية الصحية والتغذية المناسبة والمطلوبة يقترح المؤلف ما يلي:

- يجب أن تتمتع مراكز التدخل المبكر بمستوى نظافة مرتفع وأن يتم الابتعاد عن كل ما يمكن أن يضر بصحة الأطفال الملتحقين بها .
- ضرورة أن يتوفر لمراكز التدخل المبكر عيادة صحية تضم عددًا مناسبًا ومتخصصًا من الأطباء والممرضات .
- ضرورة أن توفر مراكز التدخل المبكر للأطفال الملتحقين بها وجبة طعام متنوعة العناصر الغذائية ، يتم إعدادها والإشراف عليها من قبل أخصائي التغذية.
- ضرورة تصميم وتنفيذ برامج للتدخل المبكر تضمن الجمع بين توفير التغذية المناسبة إلى جانب الحفز المعرفي والنفسي والاجتماعي.
- ضرورة أن تقدم مراكز التدخل المبكر برامج التثقيف الصحي والغذائي لأمهات الأطفال المعاقين ، حتى يتمكن من تقديم تغذية صحية متكاملة لأطفالهن ، وتعديل المفاهيم الغذائية الخاطئة والتي قد تؤدي ممارستهن عادات غذائية خاطئة.

- ضرورة وضع إستراتيجية طويلة المدى ذات خطوات محددة لرفع مستوى الرعاية الصحية المقدمة للأطفال المعاقين بمراكز التدخل المبكر مع تعديل وسن قوانين تشريعية ملزمة لهذه المراكز للقيام بتقديم خدمات الرعاية الصحية لجميع الأطفال الملتحقين بها .

• المهارات الحركية :

تشكل أنشطة تدريب الطفل المعاق على المهارات الحركية أهمية بالغة في تنشئته الاجتماعية ، فالأنشطة الحركية ذات أهمية كبيرة للطفل المعاق فمن خلالها يتدرب على استخدامات جسمه ، ويتعلم التوازن والسيطرة ويكتسب المرونة ، كما أن التناسق بين العقل والعضلات يتطور بصورة مضطردة ، ومن خلالها يكتسب الطفل الثقة بالذات والشعور بالإنجاز ، وإن كل هذه الأشياء تعتبر هامة بالنسبة للطفل المعاق ، لأنها تعطيه إحساسًا بأن يكون شخصًا ذا قيمة في مجتمعه ، وفيما يلي سوف يقدم المؤلف مجموعة من المقترحات التي من الممكن أن ترتقي بدور مراكز التدخل المبكر في تنمية المهارات الحركية للأطفال المعاقين :

- إن للطفل المعاق مستوى نضج معين ، واستعدادات وقدرات بدنية ونفسية لابد من التعرف عليها وأخذها بعين الاعتبار وتوظيفها عند محاولة تدريبه على المهارات الحركية .
- ضرورة استثارة ميول الطفل ، والبدء بكل ما هو مألوف لديه حتى يمكن للطفل المشاركة بإيجابية في التدريبات الحركية .
- العمل على إكساب الطفل عناصر اللياقة البدنية التي تؤهله للقيام بالدور المناسب لعمره وظروف إعاقته .
- يجب أن تشتق برامج الأنشطة الحركية من اهتمامات واحتياجات واستعدادات الطفل ، وتوفير ما يلزم من أجهزة وأدوات لممارسة تلك الأنشطة .
- إتاحة فرص الاشتراك والممارسة لجميع الأطفال في المركز ، حيث يراعى عدم عزل الأطفال عن المشاركة حتى لو كان استعدادهم ضعيف ، لذا يجب ضرورة تنويع الأنشطة الحركية لتتلاءم مع القدرات المتفاوتة للأطفال .

- ضرورة التدرج من السهل إلى الصعب ، ومن البسيط إلى المركب أثناء تدريب هؤلاء الأطفال على المهارات الحركية حتى نجنبهم الفشل في اكتساب تلك المهارات ، ولإبراز فرص الفوز والنجاح ، باعتبارها خبرات نفسية مطلوبة في تشجيع الطفل للاستمرارية والممارسة.
- الاهتمام بالنشاط الرياضي والتمرينات الرياضية لتقوية النمو العضلي للأطفال ، حيث يجب أن يكون برنامج التربية البدنية التقليدي جزءًا من الأنشطة المنتظمة التي توفرها مراكز التدخل المبكر للأطفال الملتحقين بها.
- التدريب المنظم لتنمية وصقل المهارات الحركية لدى الأطفال المعاقين والعمل على إكسابهم المهارات الأساسية اللازمة للتوجه والتنقل، لتحقيق أكبر قدر ممكن من الاستقلالية والسلامة في آن واحد.

- مهارات اللغة والتواصل :

يمر الكثير من الأطفال المعاقين بمشكلات إدراكية ومعرفية خاصة تؤثر في نمو وتطور مهارات اللغة والتواصل، وحينما تتواجد هذه المشكلات فإنها تؤثر بشكل قوي على تنشئتهم الاجتماعية ، وفيما يلي يقدم المؤلف مجموعة من المقترحات التي من الممكن أن تساعد مراكز التدخل المبكر على القيام بدورها في تنمية مهارات اللغة والتواصل لدى الأطفال المعاقين والتي تتمثل في:

- ضرورة أن يتم تدريب الأطفال على وسائل التواصل البديلة بكافة أشكالها والتي تحاول تعويض الطفل في عملية التعبير عن احتياجاته ورغباته كاستخدام لغة إشارة، تعابير الوجه ، الإشارة إلى مجموعة من الصور أو الرسومات، وبرامج التواصل باستخدام الأجهزة التكنولوجية الحديثة .
- تقديم البرامج التي تتيح تدريب الأطفال المعاقين على أساليب التواصل المناسبة لإعاقاتهم ، والتي تهدف إلى تنمية مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى الأطفال المعاقين مما يسهم في زيادة تفاعلهم واندماجهم مع الآخرين .

- ضرورة أن يتوفر لمراكز التدخل المبكر معلم للغة الإشارة لتدريب الأطفال المعاقين سمعيًّا عليها ، حتى لا تضيع عليهم فرصة فريدة في تعلم هذه اللغة.
- أنه من الضروري لإنجاح أي برنامج تدريبي لمهارات اللغة والتواصل للأطفال المعاقين أن تتضافر عوامل عديدة من الألفة والتواصل ، وبناء الثقة بين الطفل والمدرب الخاص به ، وأن يسود جلسات التأهيل جو من الحب المتبادل والاحترام والشعور بالأمان بالنسبة للطفل .
- ضرورة إقامة علاقة تواصلية مستمرة مع أولياء أمور الأطفال المعاقين وإشراكهم في برامج تدريب الطفل ، حتى يتمكنوا من تدريب أطفالهم في المنزل على بعض المهام ، وتدريبهم على أسلوب قياس تقدم الطفل في هذه المهام .

- المهارات الاجتماعية :

يشكل تدريب الطفل المعاق على المهارات الاجتماعية أهمية بالغة في عملية تنشئته الاجتماعية ، حيث تساعده على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين، والتفاعل معهم داخل سياق اجتماعي محدد وبأساليب محددة تلقى قبولاً اجتماعيًّا لاتفاقها مع المعايير الاجتماعية السائدة، وتكسبه كذلك الثقة بالنفس والقدرة على مواجهة مواقف الحياة المختلفة ، والقدرة على تحمل المسئولية أما قصور المهارات الاجتماعية لدى الطفل فقد تؤدي إلى عجز الطفل عن التفاعل الناجح مع الآخرين ، وقد تكون سببًا للكثير من الاضطرابات والمشكلات النفسية التي قد تصيب الطفل نتيجة ذلك ، لذا فلابد أن تتيح مراكز التدخل المبكر الفرص المناسبة لكي يتعلم ويكتسب المهارات الاجتماعية ، وفيما يلي سوف يقدم المؤلف مجموعة من المقترحات التي يمكن من خلالها إكسابه تلك المهارات :

- ضرورة إقامة علاقة وجدانية إيجابية مع الأطفال المعاقين بمركز التدخل المبكر قبل تطبيق برنامج المهارات الاجتماعية ، حيث أن هذا يعتبر مؤشر لفاعلية الأطفال أثناء تنفيذ خطوات البرنامج .
- يجب مراعاة الفروق الفردية بين الأطفال المعاقين في برامج تنمية المهارات الاجتماعية ، فيجب أن تتسم البرامج المقدمة لهذه الفئة من الأطفال في تخطيطها وتنفيذها بقدر كاف من المرونة في تحقيق الرعاية الفردية لكل طفل داخل الإطار العام للبرنامج مع عدم إهمال

الجوانب السلوكية الإيجابية التي يمكن أن تكتسبها الحالة من خلال العمل الجماعي والتعاوني .

- ضرورة إتاحة فرص اللعب والنشاط الجماعي للطفل المعاق مع الآخرين لمساعدته على كسر حاجز العزلة التي فرضها على نفسه والاندماج مع الآخرين ، وكيفية التعامل معهم .
- يجب أن يتم إتاحة الفرصة أمام الطفل لتلقي التدريبات من خلال مجموعات، حيث أن الطفل يتعلم المهارات الاجتماعية من خلال التعامل والتفاعل في المواقف الاجتماعية المختلفة ، ومن خلال الملاحظة وتقليد سلوك الآخرين ، وخاصة الرفاق الذين يعدون بمثابة النماذج التي تتشكل من خلالها سلوكيات الطفل ، حيث يتم تعلم المهارات الاجتماعية أساسًا من خلال النماذج والأمثلة التي يعايشها الطفل في حياته ، والموجودة في بيئته ، ومن خلال الطرق والأساليب التي يستجيب بها الآخرون لسلوكيات الطفل ، فيعملون على تدعيمها أو كفها .
- النظر إلى مراكز التدخل المبكر على أنها امتداد للبيت من حيث توفير الحنان والعطف للطفل ، ولا شك أن هذه الحاجة للطفل تقتضي توفير البيئة التربوية المناسبة للتعامل مع هذه الفئة من الأطفال .
- زيادة ثقة الطفل بنفسه من خلال إتاحة الفرص للنشاط الاستقلالي الذي يعبر عن التلقائية وفي جو من الحرية والضبط مع إتاحة الفرص للطفل للشعور بمقدرته على الإنجاز .
- ضرورة إتاحة الفرصة للنشاط الجماعي للأطفال ، فالأطفال في هذه المرحلة أكثر ألفة ببعضهم ، وأكثر نزوعًا إلى التضامن الاجتماعي فيما يعرف بتدعيم الأقران ، وهو ما يفسر حاجة هؤلاء الأطفال إلى المشاركة الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي، وهذا ما يجب أن تسعى مراكز التدخل المبكر إلى تهيئة الفرصة المواتية للنجاح فيه .
- استخدام الأنشطة الجماعية لتعديل السلوك ومساعدة الأطفال على التخلص من الخجل وسلوك الانطواء ، ومن أمثلة ذلك غناء الأناشيد والألعاب المشتركة وغير ذلك .
- يستمتع الأطفال المعاقين بالموسيقى ، حيث كثيرًا ما يُظهر التلميذ الخجول والانطوائي والمفرط النشاط استجابة حسنة للموسيقى ، لذا يجب إفساح المجال أمام الأطفال لممارسة الأنشطة الموسيقية .

- تشجيع الطفل على الاندماج مع الأقران في علاقات اجتماعية سليمة وإيجابية في ظل التدعيم والمؤازرة دون خشية الفشل أو النقد أو اللوم الصارم لما يقوم به الطفل من سلوكيات .
- إتاحة الفرصة للأطفال المعاقين الملتحقين بمراكز التدخل المبكر للتفاعل مع الأطفال العاديين والاندماج في مؤسسات المجتمع الخاصة بهم في المراحل العمرية المبكرة تحت الشروط اللازمة لذلك.
- المساهمة في تنشئة الطفل في ظل القيم والاتجاهات التي يراها المجتمع مناسبة ويؤمن بها ، وتهيئة الفرص للطفل لكي يمارسها ويتشربها بحيث تصبح قيمه الأخلاقية ذاتية.

- المهارات الاستقلالية :

ينمي الأطفال المعاقون المهارات الاستقلالية عن طريق تدريبهم عليها وتبدأ تنمية هذه المهارات بتدريب الأطفال على إطعام ذاتهم ، وارتداء الملابس واستخدام المرحاض، و ينمي الأطفال هذه المهارات تدريجيًّا ، ويعد الفشل في اكتساب المهارات الاستقلالية إلى العديد من المشكلات التي تعوق عملية تنشئتهم الاجتماعية، حيث أن الهدف الأساسي الذي تحاول برامج التدخل المبكر بكافة مستوياتها ومراحلها تحقيقه هو مساعدة الطفل المعاق على الاعتماد على النفس والاستقلالية الذاتية ، وهذا الأمر يرتبط بجميع مجالات التنشئة الاجتماعية ولكنه أكثر ما يكون أهمية على صعيد المهارات الاستقلالية ، حيث أن الفشل في تحقيق هذه المهارات يترتب عليه اعتماد الطفل على الآخرين في سلوكياته وتصرفاته واختلال شخصيته وعدم نضجه اجتماعيًّا ، لذا يقدم المؤلف فيما يلي مجموعة من المقترحات التي قد تساعد مراكز التدخل المبكر على القيام بدورها في إكساب الأطفال المعاقين هذه المهارات :

- يجب أن تنظر مراكز التدخل المبكر إلى المهارات الاستقلالية على أنها هدفًا رئيسًا للبرامج المقدمة للأطفال المعاقين ، للوصول بهم إلى الاستقلالية والاعتماد على الذات ضمن ما تسمح به قدراتهم وإمكاناتهم .
- يفضل أن يتم تدريب الأطفال المعاقين على المهارات الاستقلالية باستخدام أسلوب تحليل المهمة ، وذلك بتجزئة السلوك إلى الاستجابات التي يتكون منها ، أي تجزئة المهارة ، أو المهمة ، إلى خطوات سهلة يمكن للطفل أن يتعلم إنجازها ، على أن يتم ترتيب

الاستجابات والخطوات ترتيبيًا منطقيًّا بدءًا من الاستجابة الأولى في السلسلة السلوكية وانتهاءً بالاستجابة الأخيرة .

- العمل على تغيير اتجاهات العاملين بمراكز التدخل المبكر نحو المهارات الاستقلالية ، وذلك يتطلب عقد الكثير من ورش العمل ، والجلسات التدريبية.
- يجب الاهتمام بوضعية الطفل المعاق عند تدريبه على المهارات الاستقلالية لأنها تجعل التدريب على هذه المهارات إما أكثر سهولة أو أكثر صعوبة .
- عند تدريب الطفل على تناول الطعام يجب أن يتوفر طعام محبب للطفل لأن الطعام في حد ذاته يعمل كمعزز قوي للتدريب .
- يجب تدريب الطفل على آداب الطعام حتى يتجنب السلوكيات الخاطئة أثناء تناوله ، لأن تلك الآداب جزء من التدريب على مهارات تناول الطعام .
- يجب عدم التسرع في البدء في تدريب الطفل على استخدام المرحاض قبل أن يكون مستعدًا جسميًّا ، ونفسيًّا .
- يجب أن يختار المدرب مكانًا مريحًا ومألوفًا للطفل يكون هادئـًا وخاليًا من المقاطعات، وقبل البدء في التدريب يجب ملاحظة الطفل فإذا كان الطفل متقلب المزاج ومنصرف بشكل غير عادي ، أو مضطرب انفعاليًّا يجب تأجيل التدريب ، وعندما تكون الأمور متاحة يبدأ المدرب في التدريب .
- يجب أن تتاح الفرصة للمشاركة الفعالة للأسرة في برامج تدريب الطفل على المهارات الاستقلالية ، نظرًا للتأثير الفعال للوالدين في تعليم أبنائهم وللدور الهام في إكساب أطفالهم مهارات العناية بالذات .
- مساعدة الأطفال المعاقين في تعرف مكونات بيئاتهم واستكشافها وإدراك العلاقات فيما بينها، حتى يتسنى لهم التنقل الآمن بفاعلية واستقلالية معتمدين على أنفسهم دون مساعدة قدر الإمكان.

وبذلك ومن خلال صياغة هذا التصور المقترح ، يأمل المؤلف أن يجد هذا التصور طريقه إلى التطبيق على أرض الواقع حتى تصبح مراكز التدخل المبكر من أهم المؤسسات التي تسهم في تنشئة الأطفال المعاقين ، وحتى تصبح بيئة معدة ومنظمة لتنشئة الطفل المعاق جسميًّا ، وحركيًّا ، وتنميته عقليًّا ومعرفيًّا وانفعاليًّا وجعله متوافقًا اجتماعيًّا

ولتمثل بيئة تربوية متعددة المثيرات تهدف إلى إشباع حاجات الطفل ، بالإضافة إلى إتاحة الفرصة أمامه لاكتساب القواعد والضوابط والمهارات المناسبة لكيفية التفاعل مع الآخرين ، ومن ثم تتحقق له التنشئة الشاملة والمتكاملة ، ليصبح شخصية سوية قادرة على مواجهة الحياة والاندماج فيها.

قائمة المراجع

المراجع

أولا: المراجع العربية :

أ – الكتب :

١- إبراهيم عباس الزهيري، فلسفة تربية ذوي الحاجات الخاصة ونظم تعليمهم تقديم أحمد إسماعيل حجي، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق ١٩٩٨م.

٢- إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، اضطرابات الكلام واللغة: التشخيص والعلاج، عمان: دار الفكر، ٢٠٠٥م.

٣- الإعاقة البصرية: المفاهيم الأساسية والاعتبارات التربوية عمان: دار المسيرة، ٢٠٠٦م.

٤- أحمد حسين الصغير، مجتمعات التعلم – نموذج لتحسين الممارسات المهنية في المدارس، عمان: إثراء للنشر والتوزيع، ٢٠٠٩م.

٥- أحمد فؤاد الأهواني، جون ديوي، سلسلة نوابغ الفكر العربي (١١)، ط٣ القاهرة: دار المعارف، ١٩٦٨.

٦- أسامة محمد البطاينة، وآخرون، علم نفس الطفل غير العادي، عمان: دار المسيرة، ٢٠٠٧م.

٧- ألفرد هيلي، وآخرون، الخدمات المبكرة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة: تفاعلات متبادلة لدعم الأسرة، ترجمة منى الحديدي، جمال الخطيب، الشارقة: مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، ١٩٩٣ م.

٨- ألين جيرالز، الأطفال المصابون بالشلل الدماغي: دليل الآباء، ترجمة بيداء علي العبيدي، محمد جهاد جمل، العين: دار الكتاب الجامعي ٢٠٠٣ م.

٩- آمال محمود عبد المنعم، استراتيجيات التدخل المبكر ورعاية الأطفال المعاقين عقليًا، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق، ٢٠٠٨م.

١٠- أورالي ماك آفي، ديبورا ج. ليونج، تقييم وإرشاد تعلم وتطور الأطفال صغار السن، ترجمة حزم علي عبد الواحد وافي، ماجدة محمود صالح القاهرة: عالم الكتب، ٢٠١٠ م.

١١- إيفا ل. عيسى ، مدخل إلى التعليم في الطفولة المبكرة، ترجمة أحمد حسين الشافعي، العين: دار الكتاب الجامعي، ٢٠٠٤م.

١٢- إيمان فؤاد كاشف، هشام إبراهيم عبد الله، تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، القاهرة: دار الكتاب الحديث، ٢٠٠٧م.

١٣- بروس باكر، وآخرون، الدليل الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة: تعليم المهارات اليومية والاعتماد على النفس والتحكم في المشاكل السلوكية،ترجمة هاني محمد أحمد شتا، جيهان محمد محمود أبو شعيشع، القاهرة: دار السلام للطباعة والنشر، ٢٠٠٧م.

١٤- بوشيل، وآخرون، الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة: الكتاب المرجعي لآباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ترجمة كريمان بدير القاهرة: عالم الكتب، ٢٠٠٤م.

١٥- بول م. كاميك، وآخرون، البحث النوعي في علم النفس: منظور موسع في المنهجية والتصميم، عمان: دار الفكر، ٢٠٠٧م.

١٦- تيسير مفلح كوافحة، عمر فواز عبد العزيز، مقدمة في التربية الخاصة عمان: دار المسيرة، ٢٠٠٣م.

١٧- جاك سي استيورت، إرشاد الآباء ذوي الأطفال غير العاديين، ترجمة عبد الصمد قائد الأغبري، فريدة عبد الوهاب آل مشرف، ط٢ الرياض: جامعة الملك سعود، ١٩٩٦م.

١٨- جمال الخطيب، تعليم ذوي الحاجات الخاصة في المدرسة العادية – مدخل إلى مدرسة الجميع، عمان: دار وائل، ٢٠٠٤م.

١٩- جمال الخطيب ، منى الحديدي، التدخل المبكر: مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة،عمان: دار الفكر، ١٩٩٨م.

٢٠- المدخل إلى التربية الخاصة، الكويت: مكتبة الفلاح، ١٩٩٧م.

٢١- برنامج تدريبي للأطفال المعاقين عمان: دار الفكر، ٢٠٠٤م.

٢٢- مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصة، الشارقة: مطبعة المعارف، ١٩٩٤م.

٢٣- جودي هير، العمل مع الأطفال الصغار، ترجمة وتكييف مركز إيمان للتعليم المبكر، عمان: الأهلية للنشر والتوزيع، ٢٠٠٦م.

٢٤- جون آن برور، تربية وتعليم الطفولة المبكرة: من مرحلة ما قبل المدرسة وحتى الصفوف الأولى، ترجمة إبراهيم عبد الله فرج الزريقات سهى أحمد أمين منصور، عمان: دار الفكر، ٢٠٠٥م.
٢٥- حمدي أبو الفتوح عطيفة، منهجية البحث العلمي وتطبيقاته في الدراسات التربوية والنفسية، القاهرة: دار النشر للجامعات، ١٩٩٦ م.
٢٦- حياة المجادي، أساليب ومهارات رياض الأطفال، العين: مكتبة الفلاح ٢٠٠١م.
٢٧- خالد عوض حسين البلاح، الاضطرابات النفسية لذوي الإعاقة السمعية: في ضوء التواصل، الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة، ٢٠٠٩م.
٢٨- خولة أحمد يحيى، إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، عمان: دار الفكر ٢٠٠٣م.
٢٩- البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة عمان: دار المسيرة، ٢٠٠٦.
٣٠- دانيال. ب. هالاهان، وآخرون، صعوبات التعلم: مفهومها – طبيعتها – التعليم العلاجي، ترجمة عادل عبد الله محمد، عمان: دار الفكر، ٢٠٠٧م.
٣١- جيمس.م. كوفمان، سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم: مقدمة في التربية الخاصة، ترجمة عادل عبد الله محمد، عمان: دار الفكر، ٢٠٠٨م.
٣٢- دونلد أري، وآخرون، مقدمة للبحث في التربية، ترجمة سعد الحسيني، عادل عبد الكريم ياسين، العين: دار الكتاب الجامعي، ٢٠٠٤م.
٣٣- ديفيد. ل. وودريش، القياس النفسي للأطفال، ترجمة كريمان بدير، القاهرة: عالم الكتب، ٢٠٠٥م.
٣٤- ديفيد ورنر، رعاية الأطفال المعوقين، ترجمة عفيف الرزاز، نيقوسيا: ورشة الموارد العربية، ١٩٩٢م.

٣٥- رانيا عبد المعز الجمال، السياسة التعليمية لطفل ما قبل المدرسة – دراسة مقارنة، الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة للنشر، ٢٠٠٩م.
٣٦- رشاد علي عبد العزيز، سيكولوجية المعاق سمعيًا، القاهرة: عالم الكتب ٢٠٠٩ م.
٣٧- علم نفس الإعاقة، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ٢٠٠٨م.
٣٨- زينب بنت محمد زين العايش، سيكولوجية العنف ضد الأطفال، القاهرة: عالم الكتب، ٢٠٠٩م.
٣٩- رضا مسعد السعيد، هويدا محمد الحسيني، استراتيجيات معاصرة في التدريس للموهوبين والمعوقين، الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب، ٢٠٠٧م.
٤٠- ريم نشابة معوض، الولد المختلف: تعريف شامل لذوي الحاجات الخاصة والأساليب التربوية المعتمدة، بيروت: دار العلم للملايين ٢٠٠٤م.
٤١- زينب محمود شقير، الاكتشاف المبكر والتشخيص التكاملي لغير العاديين سلسلة ذوي الاحتياجات الخاصة، المجلد الأول، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية، ٢٠٠٥م.
٤٢- خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة: الدمج الشامل – التدخل المبكر – التأهيل المتكامل، سلسلة سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين، المجلد الثالث، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية، ٢٠٠٢م.
٤٣- سعدية محمد بهادر، أطفالنا في الألفية الثالثة، أبو ظبي: مؤسسة حورس الدولية، ٢٠٠٢م.
٤٤- سعيد حسني العزة ،التربية الخاصة لذوي الإعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية ، عمان : الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ، ٢٠٠٠م
٤٥- سمير أبو مغلي، عبد الحافظ سلامة، القياس والتشخيص في التربية الخاصة عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، ٢٠٠٢م.
٤٦- سناء محمد سليمان، أدوات جمع البيانات في البحوث النفسية والتربوية القاهرة: عالم الكتب، ٢٠١٠م.

٤٧- سهام الخفش، عوني هناندة، دليل الآباء والأمهات للتعامل مع الشلل الدماغي، عمان: دار يافا العلمية، ٢٠٠٥م.
٤٨- سهام محمد بدر، اتجاهات الفكر التربوي في مجال الطفولة، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ٢٠٠٢م.
٤٩- سوسن شاكر مجيد، اتجاهات معاصرة في رعاية وتنمية مهارات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، عمان: دار صفاء، ٢٠٠٨م.
٥٠- العنف والطفولة: دراسات نفسية، عمان: دار صفاء للنش والتوزيع، ٢٠٠٨م.
٥١- السيد فهمي علي محمد، الإعاقات الحركية بين التشخيص والتأهيل وبحوث التدخل: رؤية نفسية، الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة للنشر ٢٠٠٨م.
٥٢- سيو س. ورثمان، التقويم في مرحلة الطفولة المبكرة، ترجمة حمزة محمد دودين، العين: دار الكتاب الجامعي، ٢٠٠٦م.
٥٣- صالح عبد العزيز، التربية وطرق التدريس، ج ٢، ط ١٠، القاهرة: دار المعارف ١٩٧٦.
٥٤- صلاح زهران الخولي، مراكز المعلومات ودورها في صنع واتخاذ ودعم القرار التربوي في الإدارة التعليمية، دسوق: دار العلم والإيمان، ٢٠٠٨م
٥٥- طارق عبد الحميد البدري، إدارة دور الحضانة ورياض الأطفال: المبادئ والأسس، عمان: دار الفكر، ٢٠٠٣م.
٥٦- عادل عبد الله محمد، الإعاقات الحسية، القاهرة: دار الرشاد، ٢٠٠٤م.
٥٧- عباس محمود عوض، المدخل إلى علم نفس النمو: الطفولة – المراهقة – الشيخوخة، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٩م .
٥٨- عبد العزيز السيد الشخص، وآخرون، الدمج الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة وتطبيقاته التربوية، العين: دار الكتاب الجامعي ٢٠٠٠ م.
٥٩- عبد الغني عبود، الأيديولوجيا والتربية عبر العصور: تاريخ التربية من منظور مقارن، القاهرة: دار الفكر العربي، ٢٠٠٤م.

٦٠- عبد الفتاح رجب مطر، اضطرابات الأكل لدى العاديين والمعاقين: اتجاهات حديثة، تقديم فاروق محمد صادق، الإسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، ٢٠٠٨م.
٦١- عبد الكريم محمد فتح الله، تربية أطفال ما قبل المدرسة، دمشق: مكتبة دار طلاس، ٢٠٠٦م.
٦٢- عبد الله زيد الكيلاني، فاروق فارع الروسان، التقويم في التربية الخاصة عمان: دار المسيرة، ٢٠٠٦م.
٦٣- عبد الله عبد الدائم، التربية عبر التاريخ – من العصور القديمة حتى أوائل القرن العشرين،، ط٦؛ بيروت: دار العلم للملايين ،١٩٨٧م.
٦٤- وآخرون، الإستراتيجية العربية للتربية السابقة على المدرسة الابتدائية: مرحلة رياض الأطفال، تونس: المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، ١٩٩٦م.
٦٥- عبد المجيد عبد الرحيم، تنمية الأطفال المعاقين، القاهرة: دار الغريب للطبع والنشر، ١٩٩٧م.
٦٦- عبد المطلب أمين القريطي، سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، القاهرة: دار الفكر العربي، ١٩٩٦م.
٦٧- عبد الواحد علواني، تنشئة الأطفال وثقافة التنشئة، دمشق: دار الفكر ١٩٩٧م.
٦٨- عبد الرحمن العيسوي، سيكولوجية الإعاقة الجسمية والعقلية مع سبل العلاج والتأهيل، بيروت: دار الراتب الجامعية، ١٩٩٧م.
٦٩- عصام حمدي الصفدي، الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، ٢٠٠٧م.
٧٠- علاء الدين كفافي، وآخرون، الارتقاء الانفعالي والاجتماعي لطفل الروضة عمان: دار الفكر، ٢٠٠٨م.
٧١- علي أسعد وطفة، خالد الرميضي، التربية والطفولة: تصورات علمية وعقائد نقدية، بيروت: مجد المؤسسة الجامعية، ٢٠٠٤م.
٧٢- علي عبد الله مسافر، تعليم الأطفال المتخلفين عقليًا مهارات الحياة اليومية، القاهرة: دار السحاب للنشر والتوزيع، ٢٠١٠م.
٧٣- فاخر عاقل، التربية قديمها وحديثها، بيروت: دار العلم للملايين، الطبعة ٣، ١٩٨١م.

٧٤- فاطمة المنتصر الكتاني، الاتجاهات الوالدية في التنشئة الاجتماعية وعلاقتها بمخاوف الذات لدى الأطفال، عمان: دار الشروق ٢٠٠٠م.
٧٥- فتحي السيد عبد الرحيم، قضايا ومشكلات في سيكولوجية الإعاقة ورعاية المعوقين – النظرية والتطبيق، ط ٣ ؛ الكويت: دار القلم، ١٩٩٩م.
٧٦- فتحي مصطفى الزيات، دمج ذوي الاحتياجات الخاصة: الفلسفة والمنهج والآليات، القاهرة: دار النشر للجامعات، ٢٠٠٩م.
٧٧- فتحية حسن سليمان، تربية الطفل بين الماضي والحاضر، القاهرة: دار الشروق، ١٩٧٩م.
٧٨- فريد كامل أبو زينة، وآخرون، مناهج البحث العلمي: طرق البحث النوعي إشراف: سعيد التل، عمان: جامعة عمان العربية للدراسات العليا، ٢٠٠٥م.
٧٩- فوزية بنت محمد أخضر، مراكز التشخيص والتدخل المبكر ودورها الإرشادي لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة، الرياض: مطابع التقنية للاوفست، ١٤٢١م.
٨٠- فيكي هيرست، جينفير جوزيف، دعم التعلم في سنوات الطفولة المبكرة: الطريق للأمام، ترجمة بهاء شاهين، القاهرة: مجموعة النيل العربية، ٢٠٠٥م.
٨١- قحطان أحمد الظاهر، مدخل إلى التربية الخاصة، عمان: دار وائل للطباعة والنشر، ٢٠٠٥م.
٨٢- كريستين ل. سلينتز، سوزان ل. كروج، تنمية الطفولة المبكرة وتنويعاتها ترجمة وتعريب رضا مسعد الجمال، عمان: دار الفكر، ٢٠٠٥ م.
٨٣- كريستين مايلز، التربية المختصة: دليل لتعليم الأطفال المعوقين عقليًا ترجمة عفيف الرزاز، وآخرون، بيروت: ورشة الموارد العربية ١٩٩٤م.
٨٤- كريمان بدير، تقويم نمو الطفل، عمان: دار الفكر، ٢٠٠٨م.
٨٥- كمال عبد الحميد زيتون، تصميم البحوث الكيفية ومعالجة بياناتها إلكترونيًّا، القاهرة: عالم الكتب، ٢٠٠٦م.

٨٦- منهجية البحث التربوي والنفسي من المنظور الكمي والكيفي، القاهرة: عالم الكتب، ٢٠٠٤م .

٨٧- لين ت. هيل، وآخرون، التدريس من منظور البحث والاستقصاء: إعادة التفكير في مناهج الطفولة المبكرة، ترجمة أمين عبدالجواد موسى أبوطه، مراجعة لغوية فواز فتح الله الراميني، العين: دار الكتاب الجامعي، ٢٠٠٩م.

٨٨- ماجدة السيد عبيد، مناهج وأساليب تدريس ذوي الحاجات الخاصة عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع، ٢٠٠١م.

٨٩- مارتن هنلي، وآخرون، خصائص الطلبة ذوي الإعاقات البسيطة، ترجمة زيدان أحمد السرطاوي، العين: دار الكتاب الجامعي، ٢٠٠٦م.

٩٠- مجدي عزيز إبراهيم ، محمد السيد أحمد درويش، تدريس الرياضيات للتلاميذ المعوقين بصريًّا، القاهرة: عالم الكتب، ٢٠٠٦م.

٩١- محمد الشناوي، وآخرون، التنشئة الاجتماعية للطفل، عمان: دار صفاء ٢٠٠١م.

٩٢- محمد خليل عباس، وآخرون، مدخل إلى مناهج البحث في التربية وعلم النفس، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع، ٢٠٠٧م.

٩٣- محمد زياد حمدان، التربية وتنمية الإنسان: نحو تصنيف ونظرية لدراسة السلوك الاجتماعي، دمشق: دار التربية الحديثة، ٢٠٠٢م.

٩٤- محمد عبد الرحيم عدس، مدخل إلى رياض الأطفال، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، ٢٠٠١م.

٩٥- محمد فتحي عبد الحي عبد الواحد، الإعاقة السمعية وبرنامج إعادة التأهيل، العين: دار الكتاب الجامعي، ٢٠٠١م.

٩٦- محمد فؤاد الحوامدة، زيد سليمان العدوان، مناهج رياض الأطفال: أسس تنمية الطفولة المبكرة، إربد: عالم الكتب الحديث، ٢٠٠٩م.

٩٧- محمد متولي قنديل، رمضان مسعد بدوي، أساسيات المنهج في الطفولة المبكرة، عمان: دار الفكر، ٢٠٠٣م.

٩٨- محمد مجدي قابيل، برمجيات صنع القرار، الإصدار ٨١، جامعة الشارقة كلية الدراسات العليا والبحث العلمي، ٢٠٠٨م.
٩٩- محمد محمد نعيمة، التنشئة الاجتماعية وسمات الشخصية،الإسكندرية: دار الثقافة العلمية، ٢٠٠٢م.
١٠٠-محمد منير مرسي، تاريخ التربية في الشرق والغرب، القاهرة: عالم الكتب ١٩٩٤م.
١٠١-محمود قمبر، بانوراما الأصول العامة للتربية، الدوحة: دار الثقافة ٢٠٠١م.
١٠٢-مصطفى القمش، ناجي السعايدة، قضايا وتوجهات حديثة في التربية الخاصة، عمان: دار المسيرة، ٢٠٠٨م.
١٠٣-معن خليل العمر، التنشئة الاجتماعية، عمان: دار الشروق، ٢٠٠٤م.
١٠٤-ملكة أبيض، الطفولة المبكرة والجديد في رياض الأطفال، ط٢ ؛ بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، ٢٠٠٠.
١٠٥-منى الحديدي، جمال الخطيب، استراتيجيات تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة، عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع، ٢٠٠٥ م.
١٠٦-وآخرون، التأهيل الشامل، القاهرة: الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات، ٢٠٠٩.
١٠٧-مؤسسة زايد للرعاية الإنسانية، الكتاب السنوي لمؤسسة زايد العليا للرعاية الإنسانية وذوي الاحتياجات الخاصة ٢٠٠٩ - ٢٠١٠ م أبوظبي: مؤسسة زايد العليا، ٢٠١٠م
١٠٨-نجدة إبراهيم علي سليمان، نظم التعليم في التربية الخاصة، القاهرة: شمس للطباعة، ٢٠٠٠م.
١٠٩-نجلاء نصير بشور، التعليم المبكر في لبنان – دراسة ميدانية في التنوع الثقافي، بيروت: مؤسسة تلة، ١٩٩٦م.
١١٠-وجيه الفرح، أصول التقويم والإشراف في النظام التربوي، عمان: مؤسسة الوراق، ٢٠٠٧م.
١١١-وليد السيد أحمد خليفة، مراد علي عيسى، الاتجاهات الحديثة في مجال التربية الخاصة، الإسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، ٢٠٠٦ .

١١٢-وليد رفيق محمد العياصرة، حقوق الإنسان في القرآن الكريم ودورها في التنشئة الاجتماعية، عمان: دار الحامد، ٢٠٠٨م.
١١٣-يوسف القريوتي، وآخرون، المدخل إلى التربية الخاصة، دبي: دار القلم ١٩٩٥م.
١١٤-يوسف قطامي، الاتجاهات الحديثة في تربية الطفل، القاهرة: الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات، ٢٠٠٨م.
ب- رسائل الماجستير والدكتوراه:
١- آمنة سعيد حمدان المطوع، "المهارات الاجتماعية والثبات الانفعالي لدى التلاميذ أبناء الأمهات المكتئبات "، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القاهرة، معهد الدراسات والبحوث التربوية ٢٠٠١م.
٢- رانيا عبد المعز الجمال،" سياسات تعليم الأطفال المكفوفين بمرحلة ما قبل المدرسة في كل من جمهورية مصر العربية وفرنسا وبلجيكا: دراسة مقارنة"، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة، ٢٠٠٣م.
٣- سماح نور وشاحي، "التدخل المبكر وعلاقته بتحسين مجالات النمو المختلفة للأطفال المصابين بأعراض متلازمة داون: دراسة ارتقائية " رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة،٢٠٠٣.
٤- صفاء صالح محمد صالح ،" مدى فاعلية برنامج بورتاج في تنمية الجوانب الاجتماعية لطفل ما قبل المدرسة "، رسالة ماجستير غير منشورة معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس ، ٢٠٠٦.
٥- طارق حسن صديق سلطان ،" دور الجمعيات الأهلية في تربية الطفل المعوق – دراسة ميدانية " ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية بسوهاج ، جامعة جنوب الوادي ، ٢٠٠٣ م.

٦- عادل بن سليمان الوهيب، "خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع: أهميتها ومدى توفرها من وجهة نظر الاختصاصيين بمدينة الرياض"، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية جامعة الملك سعود، ١٤٣٠هـ، ٢٠٠٩م.

٧- عبير فاروق محمود محمدين،" فاعلية التدخل المبكر في عمليات التواصل لدى الطفل الاجتراري"، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة، ٢٠٠٥.

٨- علا زكي الطيباني ، " فاعلية التدخل المبكر في علاج الأطفال ذوي صعوبات التعلم الموهوبين " ، رسالة دكتوراة غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس ، ٢٠٠٤ م .

٩- فاطمة بنت فرج فرحان العتيبي، "حقوق الطفل ورعايته في الإسلام وفي دولة السويد: دراسة وصفية "، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية بمكة المكرمة، جامعة أم القرى، الفصل الدراسي الثاني ١٤٢٩هـ - ٢٠٠٨م.

١٠- مريم عمران موسى الحرز، " مدى تحقق أهداف البرنامج التربوي الفردي والصعوبات التي تعترضها في معاهد وبرامج التربية الفكرية بمدينة الرياض "، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود، كلية التربية، ١٤٢٩هـ - ٢٠٠٨م.

١١- نجلاء محمد الروبي، " تصميم برنامج أنشطة لعب لإكساب أطفال الرياض الصم بعض المهارات الاجتماعية "، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة حلوان، ٢٠٠٥ م.

١٢- هند حسن محمد الحسيني،" أساليب تقييم الأطفال ذوي الإعاقات العقلية في مراكز ومؤسسات التربية الخاصة في ضوء الاتجاهات العالمية المعاصرة – دراسة تقويمية "، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القاهرة، معهد الدراسات والبحوث التربوية،٢٠٠٧م.

جـ- المجلات والدوريات:

١- أحمد خطابي، "الواقع الاجتماعي وحقوق ذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع العربي"، مجلة جامعة الشارقة للعلوم الشرعية والإنسانية، المجلد(٣)، العدد(٣)، أكتوبر ٢٠٠٦.

٢- أحمد عبد المجيد صمادي، صلاح محمد عثامنة، دراسة تطويرية لمقياس المسؤولية الاجتماعية لطلبة الجامعة الأردنية، مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد(٦)،العدد(٣) أكتوبر ٢٠٠٩م.

٣- أشرف محمد شريت، فعالية برنامج تدريبي باستخدام جدول النشاط المصورة في تنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين من المعاقين عقليًا، مجلة الإرشاد النفسي، العدد (٢١) ٢٠٠٧م.

٤- أماني عبد القادر محمد الهندي شعبان،" تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في مصر في ضوء الخبرة الأمريكية "، مجلة العلوم التربوية، مجلد(١٧)، عدد (٣)، يوليو ٢٠٠٩م.

٥- أميرة طه بخش، " دراسة تشخيصية مقارنة في المهارات الاجتماعية للأطفال التوحديين والأطفال المعاقين عقليًا"، رسالة الخليج العربي السنة (٢٣)، عدد (٨٤)، الرياض، مكتب التربية العربي لدول الخليج، ٢٠٠٢م.

٦- فاعلية برنامج تدريبي مقترح لأداء بعض الأنشطة المتنوعة، على تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم "، مجلة البحوث التربوية، السنة (١٠) العدد (١٩)، يناير ٢٠٠١.

٧- إيمان زكي محمد أمين، فعالية برنامج مقترح باستخدام الألعاب الاجتماعية والألعاب الحركية في تنمية المهارات الاجتماعية والمهارات الحركية لأطفال الروضة (٥ – ٦) سنوات، مجلة القراءة والمعرفة، العدد (٦٦)، ٢٠٠٧م.
٨- جمال الخطيب، البحوث العربية في التربية الخاصة (١٩٩٨ -٢٠٠٧): تحليل لتوجهاتها، وجودتها، وعلاقتها بالممارسات التربوية المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد (٦)، عدد (٤) جامعة اليرموك، ٢٠١٠م.
٩- وآخرون، " المشاركة الأسرية في تربية وتأهيل الأطفال المعاقين "، سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية (٣١) المنامة: المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، يونيو ١٩٩٦م.
١٠- حنان محمد جمال الدين، أثر برنامج تدخل علاجي بالأنشطة الفنية لخفض بعض الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدي ذو الإعاقة العقلية البسيطة، دراسات تربوية واجتماعية مجلد (١٥)، عدد (٣)، ٢٠٠٩م.
١١- سحر أحمد الخشرمي، "تقويم بناء ومحتوى البرامج التربوية الفردية لذوي الاحتياجات الخاصة في مراكز ومدارس التربية الخاصة بمدينة الرياض "، مجلة العلوم التربوية والنفسية، كلية التربية جامعة البحرين، المجلد (٤)، العدد (٣)، سبتمبر ٢٠٠٣م.
١٢- سهى أحمد أمين، " فعالية برنامج تدخل مبكر لتنمية الانتباه المشترك للأطفال التوحديين وأثره في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية لديهم "، العلوم التربوية، مجلد(١٦)، عدد(٣)، ٢٠٠٨.
١٣- سهير محمد أحمد ، احتياجات الآباء التربوية لتنشئة الطفل المتخلف عقليًّا: دراسة ميدانية ، التربية المعاصرة ، السنة ١٣ ، عدد ٤٣ ١٩٩٦ م .

١٤- سهير عبد اللطيف أبو العلا، "عملية صنع واتخاذ القرار التربوي في الإدارة المدرسية: دراسة ميدانية "، المجلة العلمية، كلية التربية بأسيوط، مجلد (١٩)، عدد (١)، الجزء (٢)، ٢٠٠٣م.
١٥- عبد الفتاح عبد الغني الهمص، " الطفل المعوق: حقوقه ومتطلبات تربيته من منظور إسلامي"، مجلة الجامعة الإسلامية، المجلد الرابع عشر، العدد الثاني، غزة، يونيو ٢٠٠٦م.
١٦- عبد اللطيف كريم مومني، " فاعلية برنامج تدريبي مقترح في المهارات الاجتماعية على تنمية مهارة المبادأة لدى أطفال ما قبل المدرسة "، مجلة العلوم التربوية والنفسية، كلية التربية جامعة البحرين، مجلد (٨)، عدد (٢)، ٢٠٠٧م.
١٧- فاروق محمد صادق، " أسس برامج التدخل المبكر لذوي الحاجات الخاصة "، مجلة معوقات الطفولة، مركز معوقات الطفولة بجامعة الأزهر،المجلد الثاني، العدد الأول، مارس ١٩٩٣.
١٨- فهد بن سلطان السلطان، المنهج الإثنوغرافي: رؤية تجديدية لواقع البحث التربوي، مجلة رابط التربية الحديثة، السنة الثانية، مجلد (٢)، عدد (٤)، ديسمبر ٢٠٠٨م.
١٩- مانيرفا رشدي أمين، فاعلية برنامج قائم على استخدام مجموعة من الأنشطة المتنوعة بالموسيقى لتعليم الطفل المتوحد بعض المهارات الاجتماعية، دراسات تربوية واجتماعية، مجلد (١٤)، العدد الثاني، كلية التربية، جامعة حلوان، إبريل ٢٠٠٨م.
٢٠- محمد عيد رمضان السكرانة، اتجاهات المعلمات نحو الخطة التربوية الفردية في مراكز التربية الخاصة بالمعوقين عقلياً في منطقة عمان، دراسات تربوية واجتماعية، مجلد(١٥)، عدد (٤) ٢٠٠٩ م.

٢١- محمد فاضل الهاملي، " أكثر من ٢٤٠ ألف معاق في الدولة دون رعاية أو تأهيل"، جريدة الاتحاد، السنة (٤١)، العدد (١٢٧٨١) أبوظبي، شركة أبوظبي للإعلام، ٣ يوليو ٢٠١٠م.
٢٢- محمد محمد الخوالدة، " أهداف تربية الطفولة المبكرة وأساليب تعليمها في رياض الأطفال "، مجلة كلية التربية بالإسكندرية، عدد ٣ ١٩٩٠.
٢٣- نجدة إبراهيم علي سليمان، "عمل الفريق وتقديم الخدمات العلاجية والتربوية المندمجة للأطفال المعوقين في التدخل المبكر في مرحلة الطفولة المبكرة "، مجلة العلوم التربوية، مجلد (١٠)، عدد خاص عن التربية الخاصة، يناير ٢٠٠٢م.
٢٤- نجوى يوسف جمال الدين، "التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة: رؤية متجددة حول الأهداف والمضامين التربوية"، مجلة العلوم التربوية مجلد (١٠)، عدد خاص عن التربية الخاصة، يناير ٢٠٠٢م.
٢٥- يوسف القروي، مؤشرات وملامح من التجربة العالمية في مجال تأهيل المعاقين، البحث السابع في كتاب " الإعاقة ورعاية المعاقين في أقطار الخليج العربية " سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية، العدد (١٧)، مكتب المتابعة لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية الدول العربية الخليجية، المنامة ١٩٩١م.

د – المؤتمرات والندوات:

١- ثائرة شعلان، " الطفولة المبكرة واللغة "، وثائق ودراسات مؤتمر لغة الطفل العربي في عصر العولمة، ١٧ -١٩ فبراير ٢٠٠٧م، القاهرة: دار العلوم للنشر والتوزيع، ٢٠٠٨ م.
٢- سميرة أبو زيد نجدي ،" برنامج مقترح لتنمية حواس الطفل المعوق في مرحلة ما قبل المدرسة "، المؤتمر الخامس (نحو طفولة غير معوقة) اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، القاهرة ٦ ـ ٨ نوفمبر ١٩٩٠م.

٣- العمل التطوعي المقدم من طلاب الجامعة لزملائهم ذوي الحاجات الخاصة بين الواقع والمأمول " ، المؤتمر السنوي الحادي عشر ، الشباب من أجل مستقبل أفضل : الإرشاد النفسي وتحديات التنمية ، مجلد ٣ ، مركز الإرشاد النفسي جامعة عين شمس ، ٢٥-٢٧ ديسمبر ٢٠٠٤م
٤- عبد الفتاح محمد دويدار، " نظام المكافأة الرمزية ومدى فعاليته في تعديل سلوك المعوقين عقلياً "، مؤتمر مستقبل خدمة المعاق في مصر وخاصة المعاق عقلياً، القاهرة: جمعية كاريتاس مصر، ١٩٩٠م.
٥- فاروق محمد صادق،" التوازن بين المدخل الطبي والمدخل التربوي في رعاية أطفال متلازمة داون "، ندوة الإعاقات النمائية: قضاياها النظرية ومشكلاتها العملية، البحرين، جامعة الخليج العربي ٢٤ ــ ٢٦ إبريل، ٢٠٠٠م.
٦- فايزة درويش،" ورقة عمل مؤسسة حمد الطبية بدولة قطر "، ندوة الإعاقات النمائية: قضاياها النظرية ومشكلاتها العملية، البحرين جامعة الخليج العربي، ٢٠٠٠م.
٧- كمال إبراهيم مرسي، التدخل المبكر في رعاية التخلف العقلي ودور الإرشاد النفسي فيه، المؤتمر الدولي الأول " قضايا ومشكلات الإرشاد النفسي "، مج ١، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس القاهرة: ٢٦-٢٨ ديسمبر ١٩٩٤م.

ثانيا: المراجع الأجنبية:

1- *Bonamy Oliver and Sue Buckley, "The language development of children with Down syndrome: First words to two-word phrases", Down Syndrome Research and Practice.1994;V.2,N. 2 , PP. 71-75*

2- *Brian A. Boyd &others , " Infants and Toddlers With Autism Spectrum Disorder: Early Identification and Early Intervention" , Journal of Early Intervention , March 2010 , Vol. 32 No. 2, PP. 75-98.*

3- *Carla A. Peterson &others ,"Early Head Start: Identifying and Serving Children with Disabilities", Topics in early childhood special education ,v.24,n.2, July 2004.*

4- *Cecil R. Reynolds, Elaine Fletcher-Janzen , Concise Encyclopedia of Special Education: A Reference for the Education of the Handicapped and Other Exceptional Children and Adults, 2nd Edition,. New York: John wiley& sons, Inc., 2002.*

5- *Cindy Baranoski&others , "Nutrition Practice in the Early Intervention System: Illinois", ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition, June 2011; vol. 3,N. 3: pp. 133-139.*

6- *Dominic Wyse &Others ,childhood studies an introduction , oxford ,UK: Blackwell Publishing , 2004, PP. 4-5.*

7- *Elizabeth F. Shores, " The role of Little Rock's Kramer Project in the history of early intervention science ". The Arkansas Historical Quarterly, VOL. Lxv111, No.4 ,Winter 2009.*

8- *Emily Finnigan and Elizabeth Starr," Increasing social responsiveness in a child with autism: A comparison of music and non-music interventions", Autism: the international journal of research and practice, July 2010 ; Vol. 14 ,N.4: PP. 321 – 348.*

9- *Eugene D.shapiro , Exclusion of ill children from Day – Care centers , policy and pediatrics , December 1984 , Vol. 23 , N. 12: pp.689 -691*

10- Fred C. Lunenburg , " Special Education Services " , NATIONAL FORUM OF SPECIAL EDUCATION JOURNAL, VOLUME 21, NUMBER 1, 2010.

11- GultenErkin&Others ," Feeding and gastrointestinal problems in children with cerebral palsy", International Journal of Rehabilitation Research,September 2010 - Volume 33 - Issue 3 - pp 218-224.

12- Helen Penn , Understanding early childhood: issues and controversies, Maidenhead , England: open university press , 2005.

13- James K. Luiselli , A Case Study Evaluation of a Transfer-of-Stimulus Control Toilet Training Procedure for a Child with Pervasive Developmental Disorder, Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, Fall 1996; vol. 11, 3: pp. 158-162.

14- *Jan M. Nicholson &Others ," Impact of Music Therapy to Promote Positive Parenting and Child Development", Journal of Health Psychology ,March 2008 ,Vol.13,N.2: PP.226-238.*

15- *Judith L.Evans& Others, Early childhood counts: A programming Guide on early childhood care for Development , Washington: world Bank institute , 2000.*

16- *Kristensen, Kirsten; And Others, Educational Assessment and Early Intervention for Handicapped Children in Developing Countries. Child- Family- Community, Digest 22 , UNESCO - UNICEF co-operative programme , Paris , 1987,.*

17- *Lee Ann Jung ," Writing Individualized Family Service Plan Strategies that Fit into the ROUTINE", Young Exceptional Children, April 2007; vol. 10,N. 3.*

18- *Linda G. Kunesh, A historical Review of Early intervention , North central Regional Educational Lab., Elmhurst, 1990*

19- *Lindsay Pennington, "Intensive dysarthria therapy for older children with cerebral palsy: findings from six cases", Child Language Teaching and Therapy, October 2006; vol. 22, 3: pp. 255-273.*

20- *Lisa A. Ruble &others , "The Effects of Consultation on Individualized Education Program Outcomes for Young Children With Autism: The Collaborative Model for Promoting Competence and Success", Journal of Early Intervention, September 2010; vol. 32,No. 4: pp. 286-301.*

21- *Lori S. Anderson, Mothers of Children with Special Health Care Needs: Documenting the Experience of Their Children’s Care in the School Setting , The Journal of School Nursing, October 2009; vol. 25,N. 5: pp. 342-351.*

22- *Lynn A. Karoly& Others, What We Know and Don't Know About the Costs and Benefits of Early Childhood Interventions, Washington: Rond,1998,.*

23- *Nicholas Burnett &Others ,strong foundations: early childhood care and education , education for all global monitoring report 2007, Paris: UNESCO publishing , 2006.*

24- *NiphatthaNoiprawat, NopadonSahachaisaeree, , A physical therapy environment design concept for children with cerebral palsy in accordance with patient behavior and therapy effectiveness. Journal of US-China Public Administration, , June 2010, Volume 7, No.6.*

25- *Patrick Maher &Others ,Early childhood intervention services in NSW for children with disability and their families and carers , Sydney: National Disability Services , 2008, p.4.*

26- *Roberta Riportella-Muller &Others , " Barriers to the use of preventive health care services for children " , public health reports ,v.111(1) ; Jan- Feb 1996.*

27- *SeldaÖzdemir, A PARADIGM SHIFT IN EARLY INTERVENTION SERVICES: FROM CHILDCENTEREDNESS TO FAMILY ENTEREDNESS, Ankara ÜniversitesiDilveTarih-CoğrafyaFakültesiDergisi'nin 47/2 sayısıçıktı ,2007.*

28- *UNESCO, Education for all, Global monitoring report, Paris: UNESCO publishing, 2005.*

29- *Yanhui Pang , Dean Richey , "A Comparative Study of Early Intervention in Zimbabwe, Poland, China, India, and the United States of America", International Journal of Special Education, v.20 n.2 , 2005,pp.122-131.*

30- YukitaneTanaka , Kiyo Satoh ," the contribution and influence of Friedrich Froebel's ideology ; the u.s and Japan", Hyogo university of teacher education journal, vol.13, ser.1, 1993, PP. 115-116.

31- Ze D. Jiang & Others ," Depressed Brainstem Auditory Function in Children With Cerebral Palsy", Journal of Child Neurology, March 2011; vol. 26, 3: pp. 272-278.

ثالثًا: مواقع الانترنت :

1- *Knoblauch, Bernadette, An Overview of the Individuals with Disabilities Education Act Amendments of 1997 (P.L. 105-17), ERIC Digest.*
http://www.ericdigests.org/2000-1/act.html

2- *Marlys Ann Boschee, Geralyn M. Jacobs ,child care in the unites states: yesterday and today , national network for child care.*
http://www.nncc.org/Choose.Quality.Care/ccyesterd.html

3- *Meghann Lloyd &others ," Motor skills of toddlers with autism spectrum disorders" , Autism, 1362361311402230, first published on May 24, 2011.*
http://aut.sagepub.com/content/early/2011/05/19/1362361311402230.abstract

4- *Sharon L. Kagan, Jeanne L. Reid , Advancing ECE Policy: Early Childhood Education (ECE) and its Quest for Excellence, Coherence, and Equity (ECE), Paper commissioned by the Center on Education Policy, Washington, D.C.For its project on Rethinking the Federal Role in Education, November 19, 2008.*

5- U.S.A. , Office of Special Education and Rehabilitative Services, Department of Education , Early Intervention Program for Infants and Toddlers With Disabilities; Proposed Rule, , Federal Register / Vol. 72, No. 89, May 9, 2007.P.26456.
http://edocket.access.gpo.gov/2007/pdf/07-2140.pdf

6- U.S.A. , Philadelphia Education low center, Individualized Family Service Plan for children with Disabilities under age three, , PP. 3-4.
http://drnpa.org/File/publications/individualized-family-service-plan-for-children-with-disabilities-under-age-three.pdf

7- U.S.A. An Act To reauthorize the Individuals with Disabilities education Act, and for other purposes, Public Law 108-446 - 108th Congress,Dec. 3, 2004 - H.R. 1350.
http://www.nichcy.org/Laws/IDEA/Documents/PL108-446.pdf

8- U.S.A. Parent to Parent Of Georgia, Georgia Department of Education , Fact sheet: Transition From Early intervention To Public school
http://www.parentmentors.org/Documents/News/Transition _from_early_intervention.pdf

9- U.S.A., Pennsylvania: office of child Development and early learning Individualized Family Service Plan (IFSP) & Individualized Education Program (IEP), P1.

http://www.pattan.net/files/Forms/English/EI/IFSP-IEP-Ann070108.pdf